



FATORES CLÍNICOS E ORGANIZACIONAIS RELACIONADOS À SUSPENSÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

CLINICAL AND ORGANIZATIONAL FACTORS RELATED TO CANCELLATION OF SURGICAL PROCEDURES

FACTORES CLÍNICOS Y ORGANIZATIVOS RELACIONADOS CON LA CANCELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Priscilla Glazielly dos Santos de Moraes¹, Nayara Machado Dias Pachêco², Rubiane Gouveia de Souza e Silva³, Paula Carolina Valença Silva⁴

Priscilla Glazielly dos Santos de Moraes¹, Nayara Machado Dias Pachêco², Rubiane Gouveia de Souza e Silva³, Paula Carolina Valença Silva⁴

RESUMO

Objetivo: descrever a frequência e os fatores clínicos e organizacionais relacionados à suspensão de cirurgias. **Método:** estudo descritivo, retrospectivo, documental, de abordagem quantitativo, que analisou 2.956 procedimentos cirúrgicos eletivos em um centro cirúrgico de um hospital escola, por meio de mapas cirúrgicos. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva no programa *Epi Info*, versão 7.0, apresentados em tabelas e discutidos à luz da literatura. **Resultados:** foram agendadas 9.648 cirurgias eletivas, sendo 30,6% suspensas. Houve predomínio do sexo feminino e cirurgias de média complexidade. As especialidades que mais suspenderam cirurgias foram: cirurgia geral, cirurgia ortopédica e cirurgia urológica. Os motivos mais frequentes incluíram ausência do paciente, insucesso de cirurgia anterior e substituição de uma cirurgia eletiva por uma cirurgia de emergência. **Conclusão:** constatou-se que os cancelamentos cirúrgicos podem ser evitados por meio de ações do serviço de busca ativa, bem como atualização de dados dos pacientes e adoção de indicadores para formular políticas institucionais. **Descritores:** Enfermagem Perioperatória; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Hospitais De Ensino.

ABSTRACT

Objective: describe the frequency and the clinical and organizational factors related to cancellation of surgeries. **Method:** descriptive, retrospective, documentary study, with a quantitative approach, which analyzed 2,956 elective surgical procedures at a surgical center in a teaching hospital, using surgical charts. Data underwent descriptive statistical analysis by means of the software *Epi Info*, version 7.0, displayed in tables and discussed in the light of the literature. **Results:** 9,648 elective surgeries were scheduled, and 30.6% of them were cancelled. There was a predominance of women and medium-complexity surgeries. The specialties that cancelled most surgeries were: general surgery, orthopedic surgery, and urological surgery. The most frequent reasons included patient's absence, failure of previous surgery, and replacing elective surgery with emergency surgery. **Conclusion:** it was found that surgical cancellations can be avoided through actions taken by the active search service, as well as updating patients' data and adopting indicators to devise institutional policies. **Descriptors:** Perioperative Nursing; Quality Indicators in Health Care; Teaching Hospitals.

RESUMEN

Objetivo: describir la frecuencia y los factores clínicos y organizativos relacionados con la cancelación de cirugías. **Método:** estudio descriptivo, retrospectivo, documental, de abordaje cuantitativo, que analizó 2.956 procedimientos quirúrgicos electivos en un centro quirúrgico de un hospital de enseñanza, por medio de mapas quirúrgicos. Los datos se sometieron a un análisis estadístico descriptivo en el *software Epi Info*, versión 7.0, presentados en tablas y discutidos a la luz de la literatura. **Resultados:** fueron programadas 9.648 cirugías electivas, y 30,6% de estas fueron canceladas. Hubo un predominio del sexo femenino y cirugías de complejidad media. Las especialidades con más cirugías canceladas fueron: cirugía general, cirugía ortopédica y cirugía urológica. Las razones más comunes incluyen la falta de paciente, fracaso de una cirugía previa y sustitución de una cirugía electiva por una cirugía de emergencia. **Conclusión:** se constató que las cancelaciones quirúrgicas se pueden evitar a través de acciones del servicio de búsqueda activa, así como actualización de datos de los pacientes y adopción de indicadores para formular políticas institucionales. **Descriptores:** Enfermería Perioperatoria; Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Hospitales de Enseñanza.

¹Enfermeira. Residente em Enfermagem Cirúrgica no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Recife (PE), Brasil. E-mail: glaziellymoraes@hotmail.com; ²Enfermeira. Residente em Enfermagem Cirúrgica no IMIP. Recife (PE), Brasil. E-mail: nayaramdias@yahoo.com.br; ³Enfermeira. MBA em Gestão de Saúde e Controle de Infecção. Gerente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do IMIP. Recife (PE), Brasil. E-mail: enf.ccih@imip.org.br; ⁴Enfermeira. Doutora em Medicina Tropical. Professora na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: paulacvalenca@gmail.com

INTRODUÇÃO

A concretização de um procedimento cirúrgico depende do trabalho de toda a equipe cirúrgica.¹ Como componente-chave do centro cirúrgico, o enfermeiro tem o seu processo de trabalho voltado a administrar e gerenciar essa unidade, com a finalidade de propiciar melhores condições para que o processo cirúrgico ocorra de acordo com o agendamento prévio e os requisitos do Manual de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde (OMS).¹⁻³

O programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas tem alertado para a necessidade de melhoria dos padrões de qualidade em serviços de assistência à saúde, por meio de práticas que contemplem a prevenção de infecção de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores de assistência cirúrgica.²

A assistência cirúrgica é considerada uma variável que interfere nos indicadores de qualidade e produtividade dos hospitais.⁴ Devido ao aumento do número de cirurgias eletivas nos últimos anos, a taxa de cancelamento de cirurgias tem sido estudada e adotada como um indicador de qualidade da assistência.^{5,6}

A suspensão de cirurgias é um acontecimento insidiosamente comum na programação cirúrgica e seus principais motivos variam desde problemas relacionados ao paciente, a instituição e a equipe médica e de enfermagem, tais como ausência do paciente, condição clínica desfavorável, falta de leitos, erros de agendamento e falhas de comunicação.⁷⁻¹¹

A frequência, bem como, investigação de fatores causais relacionados à suspensão de procedimentos cirúrgicos em grandes centros hospitalares do mundo, também tem sido objeto de investigações nas últimas décadas.^{3,12} Em países como Austrália, Irlanda, México, Estados Unidos e Reino Unido, têm sido apontado uma alta taxa de cancelamentos decorrentes de questões organizacionais das instituições de saúde.^{3,9,12-14}

No Brasil, os dados são alarmantes para elevadas taxas de cancelamento cirúrgico, que variam de 14,14% a 27,4%, com destaque para as regiões Sul e Sudeste, no entanto, são escassos estudos na região Nordeste.^{12,15,16}

Os efeitos do cancelamento cirúrgico são vários, existem alterações na rotina do paciente e de seus familiares, pois, desde o momento da decisão de realizar uma intervenção cirúrgica, todos precisam reorganizar suas atividades e se adequar ao

novo evento que irão vivenciar⁵, além disso, aumenta a ansiedade e tensão durante a cirurgia, interferindo no resultado da assistência e na produtividade do serviço.¹⁵

Interfere similarmente na própria equipe de saúde, no que se refere à operacionalização do trabalho, ao consumo de tempo e recursos materiais para realizar tanto o cancelamento quanto um novo agendamento, que é necessário na maioria das vezes⁵, além dos custos decorrentes desses eventos.⁴ Considerando as consequências que o cancelamento cirúrgico possivelmente acarreta para os usuários e Instituições hospitalares, este estudo tem por objetivo:

- Descrever a frequência e os fatores clínicos e organizacionais relacionados à suspensão de cirurgias.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo e documental, de cunho quantitativo, desenvolvido no centro cirúrgico de um serviço de referência, no estado de Pernambuco. Foram arrolados 2.956 procedimentos cirúrgicos eletivos cancelados no período de fevereiro de 2015 a fevereiro de 2016. O mapa cirúrgico mensal foi utilizado para determinar a frequência, bem como os motivos organizacionais relacionados às suspensões dessas cirurgias.

Foram incluídas as cirurgias eletivas canceladas e descritas no mapa cirúrgico e foram excluídas aquelas cirurgias nas quais não estavam descritos os motivos da suspensão no mapa cirúrgico.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um formulário para investigar as seguintes variáveis: sexo, complexidade do procedimento, especialidade, turno e motivo da suspensão. As determinantes para tais suspensões abrangeram inúmeras causas, totalizando 32 possíveis justificativas, categorizadas por motivos relacionados ao paciente, a fatores institucionais e à equipe cirúrgica. A coleta de dados ocorreu de junho a agosto de 2016. Os dados foram submetidos a análise estatística descritiva por meio do programa *Epi Info*, versão 7.0.

Este estudo cumpriu as normas da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (CEP/IMIP), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 55479816.6.0000.5201.

RESULTADOS

A instituição hospitalar apresentou 9.648 cirurgias programadas de fevereiro de 2015 a fevereiro de 2016, destas foram canceladas 896 cirurgias por motivos relacionados ao paciente, 1.818 cirurgias foram canceladas

por motivos relacionados à equipe médica, 242 cirurgias foram canceladas por motivos relacionados à instituição e 26 cirurgias foram excluídas devido a dados incompletos nos mapas cirúrgicos. Ao final, foram arroladas 2.956 cirurgias suspensas (30,6%) (Figura 1).

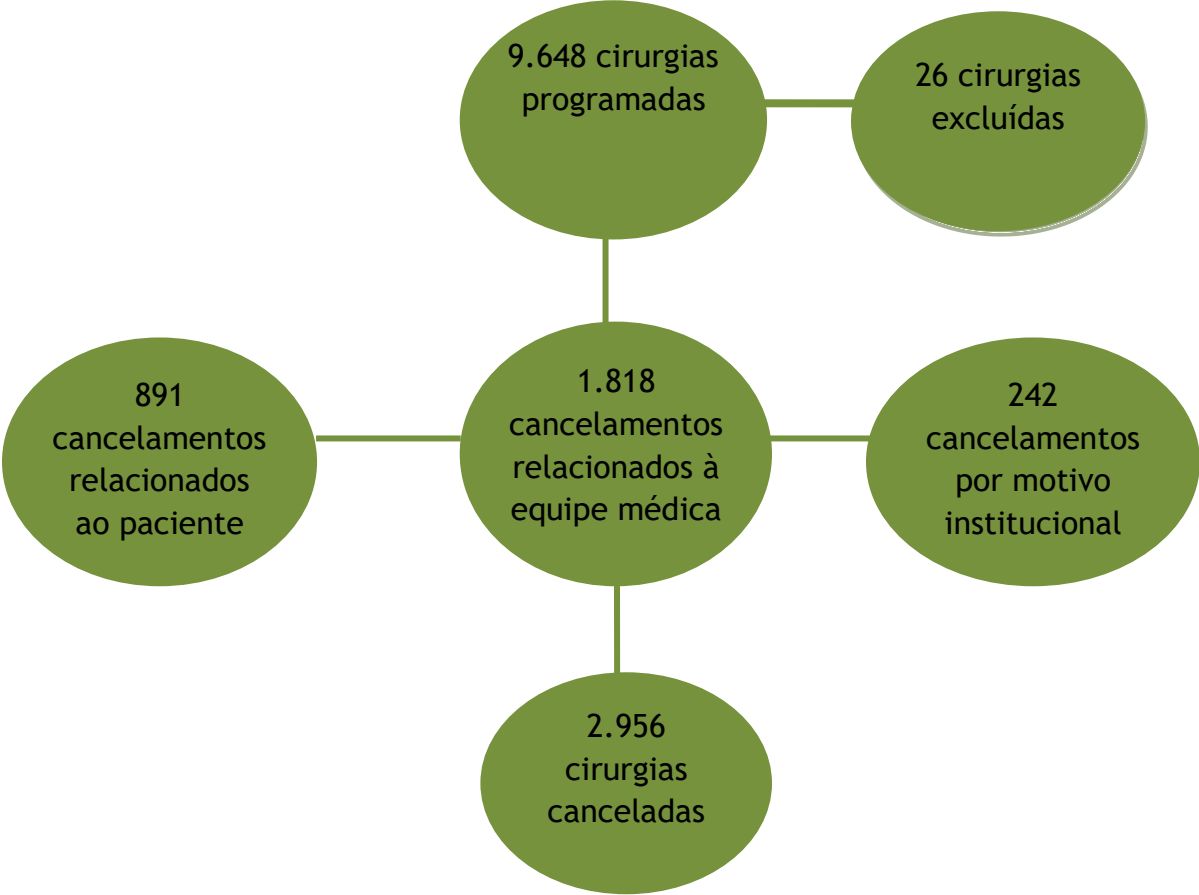


Figura 1. Fluxograma de elegibilidade de cirurgias canceladas.

A Tabela 1 ilustra o número de cancelamentos das cirurgias de acordo com sexo, complexidade cirúrgica, especialidade e turno programado. Houve predomínio do sexo feminino (56%). Quanto ao nível de complexidade cirúrgica, 84% dos procedimentos cancelados correspondem à média complexidade (Tabela 1).

As especialidades cirúrgicas que apresentaram as maiores frequências de cancelamento cirúrgico foram: cirurgia geral (29,8%), seguida pela cirurgia ortopédica (17,6%) e cirurgia urológica (16,7%). A maioria das cirurgias canceladas (65,2%) seria realizada no turno da manhã (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da frequência de cirurgias suspensas, por sexo e procedimento cirúrgico, de fevereiro 2015 a fevereiro 2016. Recife, 2016.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	1.658	56
Masculino	1.298	44
Total	2.956	100
Complexidade		
Baixa	112	3,8
Média	2.485	84
Alta	359	12,2
Total	2.956	100
Especialidade cirúrgica		
Cirurgia de cabeça e pescoço	201	6,8
Cirurgia geral	879	29,8
Cirurgia ginecológica	274	9,4
Cirurgia urológica	496	16,7
Cirurgia ortopédica	522	17,6
Cirurgia vascular	128	4,3
Cirurgia otorrinolaringológica	144	4,9
Cirurgia plástica	177	6
Cirurgia torácica	57	1,9
Cirurgia mastológica	78	2,6
Total	2.956	100
Turno		
Manhã	1.926	65,2
Tarde	1.030	34,8
Total	2.956	100

Em relação ao cancelamento dos 683 procedimentos cirúrgicos por motivos relacionados ao paciente, foram observadas 23,2% cirurgias canceladas por não

comparecimento e 4,9% apresentaram problemas clínicos, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da frequência de cirurgias suspensas por motivos relacionados ao paciente, de fevereiro de 2015 a fevereiro de 2016. Recife, 2016.

Variáveis	N	%
Falta do paciente	683	23,2
Apresentou problemas clínicos	147	4,9
Desistiu antes de entrar no bloco cirúrgico	9	0,3
Paciente alimentou-se	18	0,6
Melhora clínica	7	0,2
Outros	32	1,1
Total	896	30,3

Identificaram-se 1.818 cirurgias suspensas por motivos relacionados à equipe cirúrgica (Tabela 3). Considerando todas as 2.956 cirurgias em análise, destacam-se insucesso de cirurgia anterior (16,8%), substituição da cirurgia em questão por uma cirurgia de emergência (14,1%) e não comparecimento da equipe de cirurgia (8,4%).

Tabela 3. Distribuição da frequência de cirurgias suspensas por motivos relacionados a equipe cirúrgica. Recife, 2016.

Variáveis	N	%
Falta de exames complementares	22	0,7
Falta de reserva sanguínea	10	0,3
Atraso da equipe cirúrgica	35	1,2
Não comparecimento da equipe de cirurgia	248	8,4
Não solicitou reserva de leito na UTI	99	3,5
Insucesso de cirurgia anterior	498	16,8
Cirurgia eletiva não agendada	16	0,5
Atraso do anestesista	5	0,2
Falta de vaga	43	1,5
Falta de anestesista	240	8,1
Substituição da cirurgia por outra de emergência	416	14,1
Transferiu para outro dia	62	2,1
Cirurgia suspensa em virtude de transplante	13	0,4
Outros	111	3,7
Total	1.818	61,5

Dos 242 motivos relacionados à instituição apresentados na Tabela 4, observou-se que outros motivos, entre eles problemas com a lavanderia e sem justificativa, estiveram relacionados aos cancelamentos cirúrgicos

(3,4% de todas as 2.956 cirurgias), seguido de falta de material cirúrgico (1,4% do total) e falta de material consignado 38/2956 (1,3% do total).

Tabela 4. Distribuição da frequência de cirurgias suspensas por motivos relacionados a instituição. Recife, 2016.

Variáveis	N	%
Falta de material cirúrgico - instrumental	41	1,4
Falta de material consignado	38	1,3
Equipamento quebrado	7	0,2
Falta de água/luz	10	0,3
Falta de tipo sanguíneo	1	0,0
Falta de material na farmácia	27	0,9
Material contaminado	12	0,4
Falta de vaga na UTI	9	0,3
Outros	97	3,4
Total	242	8,2

DISCUSSÃO

Neste estudo, foram avaliados os principais fatores e especialidades cirúrgicas responsáveis pelos cancelamentos cirúrgicos em um serviço de referência de Pernambuco. O Ministério da Saúde do Brasil define a taxa de suspensão de cirurgias pelo número de cirurgias suspensas dividido pelo total de cirurgias programadas em determinado período e multiplicado por 100.¹⁷

Este estudo demonstrou um dado alarmante representado pela elevada taxa de suspensão de cirurgias. Similarmente, em um estudo nacional que avaliou 1.145 cirurgias programadas e 379 canceladas, encontraram uma taxa de suspensão de 33%, indicando a necessidade de maiores investigações para conhecer as causas e motivos que determinam o cancelamento cirúrgico, como também a intensificação da participação da enfermagem na pesquisa dessa problemática.¹

Por outro lado, um estudo que avaliou a taxa de cancelamento cirúrgico em hospital de ensino em Minas Gerais constatou valores de suspensão menores (14,1%). Os autores sugeriram que estas taxas poderiam ser

reduzidas por meio de medidas assistenciais, administrativas e estruturais, como melhor distribuição dos leitos e a implantação de programas de conscientização para garantir a segurança do paciente e a melhoria do serviço prestado.¹²

As repercussões do cancelamento cirúrgico incidem desfavoravelmente não somente sobre o usuário, como também sobre a equipe de enfermagem (operacionalização do trabalho, consumo de tempo e recursos materiais, diminuição da qualidade da assistência), cirurgiões, anestesistas e sobre a própria instituição de cuidados de saúde e demais profissionais.^{9,18-20} Esses cancelamentos podem contribuir para o impacto emocional relacionado ao usuário, bem como o crescimento dos custos hospitalares e à perda de horário de sala cirúrgica.²¹

Neste estudo, encontrou-se um predomínio do sexo feminino, corroborando outro estudo²² realizado em um hospital público de São Paulo sobre cancelamento de cirurgias de catarata, onde 54,3% dos pacientes eram do sexo feminino.

Observa-se, no geral, que a presença de homens nos serviços de saúde é menor do que a das mulheres, ao realizar uma pesquisa sobre as causas da não procura dos serviços de saúde pelos homens, os autores constataram que as principais justificativas para tal acontecimento eram a associação a um modelo hegemônico de masculinidade, pois procurar o serviço de saúde, em uma perspectiva preventiva, poderia associá-lo à insegurança, medo e fraqueza, além do medo da descoberta de uma doença grave, a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde e falta de unidades específicas para a saúde do homem.²³

Em contrapartida, estudo¹⁵ realizado no Rio de Janeiro-RJ, demonstrou que 60,6% dos pacientes que tiveram suas cirurgias canceladas eram do sexo masculino, fato evidenciado pelo tipo de cirurgias realizadas na instituição, que foram principalmente herniorrafias, mais frequente em homens.

O estudo demonstrou também que a maioria das cirurgias suspensas foi de médio porte. Por sua vez, um estudo⁴ que avaliou 249 cirurgias suspensas no interior de São Paulo demonstrou maior frequência de cancelamento das cirurgias de pequeno porte (43,8%), seguida por aquelas de médio porte (35,7%), valores bem diferentes dos encontrados neste estudo, mas que podem ser entendidos devido ao maior cancelamento de cirurgias otorrinolaringológicas e oftalmológicas, que em sua grande maioria são de pequeno porte.

Houve predomínio de cancelamento de cirurgias pelo turno da manhã neste estudo, fato também encontrado em outra pesquisa¹⁰, realizada no sul de Minas Gerais, onde se revelou que a maioria dos cancelamentos cirúrgicos (72,1%) ocorreram pela manhã. Esse achado pode ser justificado pelo fato do número de cirurgias agendadas pela manhã ser maior que o da tarde em ambas as instituições.

Neste estudo, os setores com maiores taxas de suspensão foram a cirurgia geral, ortopédica e urológica respectivamente. Uma pesquisa²⁴ realizada no Rio de Janeiro, sobre as causas das cirurgias suspensas, evidenciou que os setores com maior número de suspensão foram a cirurgia geral (28,95%), urológica (13,16%) e oftalmológica (13,16%).

Um estudo nacional realizado em um hospital universitário de São Paulo, que avaliou 9.490 cirurgias programadas mostrou que o índice de cancelamento foi de 17,3% e as especialidades cirúrgicas que mais suspenderam foram a cirurgia ortopédica (18,4%), seguido da gastroenterologia (16,1%)

e oftalmologia (10,6%); também revelou que 46,5% das cirurgias canceladas não foram reprogramadas. Ainda segundo esse estudo, quando a instituição posterga um tratamento, este se torna mais oneroso devido à ociosidade da sala cirúrgica e repetidas internações.¹⁹

O motivo mais frequente para o cancelamento de cirurgias neste estudo foi falta do paciente. É um motivo que requer uma investigação mais profunda, já que não se sabe o motivo da falta, e pelo fato de não existir um serviço de busca ativa para confirmar a presença do paciente ao internamento.

Ao realizar um estudo sobre as implicações do cancelamento de cirurgias no Paraná, os autores também identificaram que falta do paciente (24,3%) foi considerada a principal justificativa de suspensão relacionada ao paciente. Eles também constataram que 41,12% dos procedimentos cancelados estavam na categoria "outros motivos", que se dividia em "aviso não encontrado" (14,95%) e "sem justificativa" (26,17%), demonstrando uma falha na programação do mapa cirúrgico.³

Percebe-se que possíveis causas de suspensões cirúrgicas poderiam ser evitadas se houvesse um melhor planejamento cirúrgico e de comunicação entre pacientes e profissionais de saúde.²⁵

Neste estudo, insucesso de cirurgia anterior, substituição da cirurgia eletiva por uma cirurgia de emergência e não comparecimento da equipe de cirurgia foram as principais justificativas de suspensão de cirurgias relacionadas à equipe cirúrgica. Em outro estudo¹⁹, os pesquisadores perceberam que motivos para suspensão relacionados à equipe médica, como mudança de conduta do cirurgião (17,3%) e ultrapassar o horário de rotina (16,5%) e demonstraram falta de organização no planejamento e na rotina cirúrgica, ocorrendo um excesso de marcação de cirurgias, o que não permitia a realização de todas as cirurgias.

Aqui, outros motivos para suspensão dos procedimentos cirúrgicos relacionados à instituição incluíram problemas com a lavanderia e cancelamentos sem justificativa. Os resultados deste estudo diferem da pesquisa⁴ realizada em um centro cirúrgico de um hospital escola de São Paulo que avaliaram 249 cirurgias suspensas, onde se observou que os problemas relacionados à organização do setor ocasionaram uma parcela significativa de cancelamentos (22,1%), onde as principais justificativas eram à falta de leitos disponíveis para internação (29,1%) e a ocorrência de cirurgias de emergência (25,5%).

Investigar a suspensão cirúrgica como um indicador de qualidade é fundamental, pois permite que os profissionais avaliem e analisem os aspectos relevantes ao atendimento, bem como cuidado prestado. Esta análise viabiliza a identificação das dificuldades demonstradas no fluxo de informações e também na dinâmica de trabalho do setor cirúrgico.⁷

A fila de espera, expressa por uma lista de pacientes que necessitam de um mesmo serviço ou tratamento médico onde a procura é maior que a oferta, ainda é pouco investigada pela comunidade de saúde, mesmo sendo realidade em muitos hospitais ao redor do país. Muito pode ser feito para diminuir as filas de espera, e o controle das taxas de suspensão é um dos esforços com repercussão direta sobre a espera^{7,26}, bem como confirmações do agendamento em um período próximo ao da cirurgia, reuniões periódicas para discutir e planejar futuras cirurgias, promovendo o aproveitamento máximo dos recursos disponíveis.¹⁰

Vale ressaltar que a incompletude das informações nos mapas cirúrgicos, como não declarar o motivo do cancelamento da cirurgia em alguns casos, foi uma limitação deste estudo. Sugere-se a necessidade de capacitação e conscientização dos profissionais de enfermagem responsáveis em registrar esse evento, para que o preenchimento desses dados seja completo e fidedigno.

Os achados desta investigação evidenciam dados alarmantes sobre a suspensão cirúrgica na instituição pública em foco, acredita-se que grande parte dos fatores causadores poderia ter sido evitada e prevista, desde o excesso de agendamento cirúrgico, bem como falta do paciente. Este último pode ser minimizado com a criação de um serviço de busca ativa para confirmação da presença do paciente para realizar a cirurgia, poucos dias antes da data agendada.

Esta pesquisa possibilitou uma análise situacional do centro cirúrgico por meio da identificação da quantidade, dos setores e dos motivos envolvidos na suspensão de cirurgias, fornecendo dados importantes que servem para monitorar e promover mudanças no gerenciamento de unidades de saúde, provocando melhoria na qualidade da assistência e menor perda de recursos.

É importante não apenas quantificar as suspensões cirúrgicas, mas também qualificá-las identificando seus motivos e os envolvidos, para dessa forma permitir a elaboração de estratégias de acordo com a realidade de cada

instituição para diminuir esses índices com segurança.

Torna-se necessária a atualização de dados estatísticos e indicadores para auxiliar na formulação de políticas institucionais que visem à redução das taxas de suspensão cirúrgica, sendo o enfermeiro elemento crucial nesse processo, já que esse profissional participa de todas as fases do perioperatório.

CONCLUSÃO

A suspensão das cirurgias é um problema multifatorial, de causa organizacional e clínica que pode gerar consequências negativas à instituição, à equipe e ao paciente.

Neste estudo, a maioria dos pacientes com cirurgias suspensas eram do sexo feminino e seriam submetidos a cirurgia de média complexidade no período da manhã. As especialidades que mais cancelaram procedimentos foram a cirurgia geral, cirurgia ortopédica e cirurgia urológica.

Grande parte dos procedimentos suspensos decorreram de falta do paciente, insucesso de cirurgia anterior, substituição de uma cirurgia programada por outra de emergência, não comparecimento da equipe e falta de instrumental cirúrgico e de material consignado.

REFERÊNCIAS

1. Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: estudo exploratório. Rev Latinoam Enferm [serial on the internet]. 2000 [cited 2016 Sept 15];8(4):59-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12385>
2. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Brasília (DF): OMS; 2009.
3. Morgan W, Bernardino E, Wolff LDG. Implications of cancellation of surgery in a surgery department: a descriptive-exploratory study. Online Braz J Nurs [serial on the internet]. 2010 [cited 2016 Sept 15];9(1):211-20. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2591>
4. Perroca MG, Jerico MC, Facundin SD. Monitoring cancellations of surgical procedures: an indicator of organizational performance. Rev Esc Enferm USP [serial on the internet]. 2007 [cited 2016 Sept 15];14(1):113-9. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar_ttext&pid=S0080-62342007000100015

5. Landim FM, Paiva FDS, Fiuza MLT, Oliveira EP, Pereira JG, Siqueira IA, et al. Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade. Rev Col Bras Cir [serial on the internet]. 2009 [cited 2016 Sept 15];36(4):283-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a02v36n4.pdf>

6. Bisinotto FMB, Pedrini JM, Alves AAR, Andrade MAPR. Implantação do serviço de avaliação pré-anestésica em hospital universitário dificuldades e resultados. Rev Bras Anesthesiol [serial on the internet]. 2007 [cited 2016 Sept 15];57(2):167-76. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar_ttext&pid=S0034-70942007000200005

7. Nascimento LA, Tillvitz LR, Fonseca LF. Suspensão cirúrgica: o ângulo estatístico de um problema de repercussões humanas. Rev Enferm UFPE On Line [serial on the internet]. 2013 [cited 2016 Sept 15];7(Spec):6592-600. Available from: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../7842

8. Aquino FM, Moura VLF, Pinto ACS. A suspensão de cirurgia e o processo de comunicação. Rev Pesqui Cuid Fundam (Online) [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Sept 28];4(2):2998-3005. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidad_ofundamental/article/view/1810/pdf_559

9. Avila MA, Bocchi SCM. Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo. Rev Esc Enferm USP [serial on the internet]. 2013 [cited 2016 Sept 28];47(1):193-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar_ttext&pid=S0080-62342013000100024

10. Botazini NO, Toledo LD, Souza DMST. Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas. Rev SOBECC [serial on the internet]. 2015 [cited 2016 Sept 28];20(4):210-9. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n4/a5300.pdf>

11. Kumar R, Gandhi R. Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. J Anaesthesiol Clin Pharmacol [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Sept 28];28(1):66-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275976/>

12. Barbosa MH, Miranda GDM, Vieira AE, Mattia AL. Análise da suspensão de cirurgias

em um hospital de ensino. Enferm Glob [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Sept 28];11(26):164-73. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_administracion2.pdf

13. Aguirre-Cordova JF, Chavez-Vazquez G, Huitron-Aguillar GA, Cortes-Jimenez N. Why is surgery cancelled? Causes, implications, and bibliographic antecedents. Gac Med Mex [serial on the internet]. 2003 [cited 2016 Oct 21];139(6):545-51. Available from: https://www.researchgate.net/publication/8920140_Why_Is_Surgery_Cancelled_Causes_Implications_and_Bibliographic_Antecedents

14. Argo JL, Vick CC, Graham LA, Itani KMF, Bishop MJ, Hawn MT. Elective surgical case cancellation in the Veterans Health Administration System: identifying areas for improvement. Am J Surg [serial on the internet]. 2009 [cited 2016 Oct 21];198(5):600-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19887185>

15. Sampaio CEP, Ribeiro DA. Perfil cirúrgico e fatores determinantes das suspensões de cirurgias gerais ambulatoriais: contribuições para assistência de enfermagem. Rev Pesqui Cuid Fundam (Online) [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Oct 21];4(2):2938-47. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidad_ofundamental/article/view/1866/pdf_525

16. Souza NVDO, Mauricio VC, Marques LG, Mello CV, Leite GFP. Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. REME - Rev Min Enferm [serial on the internet]. 2010 [cited 2016 Oct 21];14(1):82-7. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/91>

17. Brasil. Normas e padrões de construções e instalações de serviço de saúde. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1978.

18. Ávila MA, Gonçalves IR, Martins I, Moyses AM. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. Rev SOBECC [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Oct 21];17(2):39-47. Available from: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/revista/abril_junho/cancelamento.pdf

19. Macedo JM, Kano JA, Braga EM, Garcia MA, Caldeira SM. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. Rev SOBECC [serial on the internet]. 2013 [cited 2016 Oct 21];18(1):26-34. Available from: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_cancelam

[ento-de-cirurgias-em-um-hospital-universitario.pdf](#)

20. Nascimento LA, Tillvitz LR, Garcia AC, Fonseca LF. Além das taxas de suspensão cirúrgica: uma análise de seus reais motivos. VII Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar; 2011 25-28 Oct; Maringá. Anais. Maringá (PR): Cesumar; 2011.

21. Paschoal MLH, Gatto MAF. Rate of surgery cancellation at a university hospital and reasons for patients' absence from the planned surgery. Rev Latinoam Enferm [serial on the internet]. 2006 [cited 2016 Oct 21];14(1):48-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100007

22. Magri MPF, Espíndola RF, Santhiago MR, Mercadante EF, Kara Júnior N. Cancelamento de cirurgias de catarata em um hospital público de referência. Arq Bras Oftalmol [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Nov 8];75(5):333-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492012000500007

23. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Why do men use health services less than women? Explanations by men with low versus higher education. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2007 [cited 2016 Nov 8];23(3):565-74. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015

24. Barbeiro FMS. Why surgeries are canceled? A study about the causes, rates and consequences in a general hospital in Rio de Janeiro. Rev Pesqui Cuid Fundam (Online) [serial on the internet]. 2010 [cited 2016 Nov 8];2(4):1353-62. Available from: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/55453_6398.PDF

25. Nascimento LAD, Fonseca LF, Garcia ACKA. Suspensão cirúrgica: perspectiva do residente de medicina em clínicas cirúrgicas. Rev Bras Educ Méd [serial on the internet]. 2014 [cited 2016 Nov 8];38(2):205-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000200007

26. Sarmiento Junior KMA, Tomita S, Kos AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. Rev Bras Otorrinolaringol [serial on the internet]. 2005 [cited 2016 Nov 8];71(3):256-62. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n3/en_a01v71n3.pdf

Submissão: 03/02/2017

Aceito: 16/03/2017

Publicado: 01/07/2017

Corresponding Address

Priscilla Glazielly dos Santos de Moraes
Rua Esmeralda, 105 – Jardim Primavera
CEP: 54753-784 – Camaragibe (PE), Brazil