

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ELAINE FERREIRA FROES

**CANCELAMENTO DE CIRURGIAS COMO INDICADOR DE AVALIAÇÃO DAS
DIMENSÕES DA QUALIDADE DE UM CENTRO CIRÚRGICO**

GOIÂNIA
2018

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

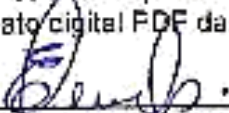
Nome completo do autor: **ELAINE FERREIRA FROES**

Título do trabalho: **CANCELAMENTO DE CIRURGIAS COMO INDICADOR DE AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES DA QUALIDADE DE UM CENTRO CIRÚRGICO**

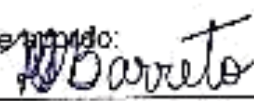
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ **SIM** ☐ **NÃO**¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 21 / 01 / 2013

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data da defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada

ELAINE FERREIRA FROES

**CANCELAMENTO DE CIRURGIAS COMO INDICADOR DE AVALIAÇÃO DAS
DIMENSÕES DA QUALIDADE DE UM CENTRO CIRÚRGICO**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Faculdade de Enfermagem
da Universidade Federal de Goiás
(FEN/UFG) para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.*

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana

Linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o
cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto

GOIÂNIA

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

FROES, ELAINE

CANCELAMENTO DE CIRURGIAS COMO INDICADOR DE
AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES DA QUALIDADE DE UM
CENTRO CIRÚRGICO [manuscrito] / ELAINE FROES. - 2018.
LXXV, 75 f.

Orientador: Prof. REGIANE APARECIDA DOS
SANTOS BARRETO.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Goiânia, 2018.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras,
lista de tabelas.

1. CIRURGIA. 2. CANCELAMENTO DE CASO. 3.
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA. I. BARRETO, REGIANE
APARECIDA DOS SANTOS, orient. II. Título.

CDU 616-083

ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE ELAINE FERREIRA FROES – Aos vinte e nove dias do mês de novembro de dois mil e dezoito (29/11/2018), às 08h30min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Prof^ª Dr^ª Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto (Orientador(a)/Presidente/PPGENF-FEN/UFG), Prof^ª Dr^ª Ana Lúcia Queiroz Bezerra (Membro Interno/PPGENF/FEN/UFG) e Prof^ª Dr^ª Cyanea Ferreira Lima Gebrim (Membro Externo/HC/UFG), sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada no Mini-Auditório do PPGENF da Faculdade de Enfermagem da UFG, para procederem à avaliação da defesa de Dissertação intitulada: **"CANCELAMENTO DE CIRURGIAS COMO INDICADOR DE QUALIDADE DE UM CENTRO CIRÚRGICO"**, de autoria de Elaine Ferreira Froes, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela Prof^ª Dr^ª Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Dissertação que, em 40 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC nº. 1403/2016) e no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Resolução CEPEC nº. 1284/2014), a Dissertação foi:

☒ **APROVADA**, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Dissertação, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Dissertação para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 30 dias.

☐ **REPROVADA**, considerando _____

A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação: *Cancelamento de cirurgias como indicador de avaliação das dimensões da qualidade de um centro cirúrgico.*

Cumpridas as formalidades de pauta, a presidência da banca encerrou esta sessão de defesa de Dissertação, para constar, eu, Lavinia Figueirêdo Leão Correia, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei a presente Ata que, depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora em duas vias de igual teor.

Regiane Barreto
Prof^ª Dr^ª Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto
Orientador(a) - Presidente/PPGENF/FEN/UFG

Ana Lúcia Queiroz Bezerra
Prof^ª Dr^ª Ana Lúcia Queiroz Bezerra
Membro Interno/PPGENF/FEN/UFG

Cyanea Lima Gebrim
Prof^ª Dr^ª Cyanea Ferreira Lima Gebrim
Membro Externo/HC/UFG

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus filhos, Mariana e Eduardo, e ao meu esposo, Leonardo, fontes inesgotáveis de amor e proteção. Pelo apoio, pela paciência e, principalmente, por sempre confiarem e acreditarem em mim.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a Deus, por me confiar esta oportunidade e por estar comigo em todos os momentos, sendo meu refúgio e fortaleza.

Ao meu esposo, Leonardo Froes, e aos meus filhos, Mariana e Eduardo, por me apoiarem nas horas difíceis, entendendo os momentos de ausência e demonstrando apoio e carinho.

À minha mãe, Marina Ferreira, por me mostrar a importância da família, por seu apoio, carinho, incentivo e pelo amor incondicional. Às minhas irmãs, Edna Santos e Esmaelite Ferreira, amo muito vocês! Obrigada por tantas vezes suportarem junto comigo as minhas dores e lágrimas, além de sempre me ajudarem a seguir em frente.

À professora Dra. Regiane Barreto pela atenção e carinho que me dedicou na condução dessa trajetória.

Às professoras Dra. Karlla Antonieta Amorim Caetano e Dra. Ana Eliza Bauer de Camargo pelas brilhantes sugestões em momentos decisivos do meu trabalho.

À professora Dra. Cristiane da Costa Luciano que me acolheu e ajudou-me no momento que mais precisei.

Enfim, sou grata a todos que colaboraram, apoiaram e compartilharam comigo essa trajetória. Desejo dividir com vocês esta conquista, por entender que ela é nossa. Muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	19
2.1. Geral	19
2.2. Específicos	19
3. REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1- Evolução Histórica das cirúrgias.....	20
3.2- Indicadores de qualidade no centrocirúrgico.....	22
3.2.1-Indicador de qualidade de cancelamento de cirurgia	26
-Consequências do cancelamento de cirurgias versus qualidade da	
3.3assistência no perioperatório.....	32
3.4- Consequências do cancelamnto de cirurgias.....	34
3.5-O papel do enfermeiro na prevenção do cancelamento de cirurgias.....	36
4. METODOLOGIA	39
4.1 - Tipo e local do estudo.....	40
4.2 - Fontes de dados	40
4.3 - Procedimentos de coleta de dados	43
4.4 – Critério de inclusão.....	44
4.5 - Variáveis do estudo	44
4.6- Análises de dados	45

4.7- Aspectos éticos	45
5. RESULTADOS	46
6. DISCUSSÃO	53
7. CONCLUSÃO.....	60
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERENCIAS.....	63
APÊNDICE 1. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	71
APÊNDICE 2. PLANILHA UTILIZADA NA COLETA DE DADOS.....	72
ANEXO PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	73

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: Interação entre estrutura, processo e resultado na assistência à saúde.....	23
Figura 02: Indicadores de qualidade na Unidade de Centro Cirúrgico.....	24
Figura 03: Indicadores da Assistência Cirúrgica proposta pela Organização Mundial de Saúde.....	25
Figura 04: Fórmula para mensurar a taxa de cancelamento de cirurgias	26
Figura 05: Artigos levantados nas bases de dados SciELO, MEDLINE e LILACS abordando as taxas de cancelamento de cirurgias	29
Figura 06 : Artigos levantados nas bases de dados SciELO, MEDLINE e LILACS abordando os motivos de cancelamento de cirurgias realizada em 2017.....	30
Figura 07: Impacto do cancelamento de cirurgias.....	36
Figura 08: Motivos enquadrados no Centro Cirúrgico do estudo frente ao cancelamento de cirurgias.....	41
Figura 09: Motivos enquadrados no Centro Cirúrgico do estudo frente ao cancelamento de cirurgias em relação aos indicadores de estrutura e processo, classificados como evitável e não evitável.....	42
Figura 10: Fluxo de agendamento de cirurgias da Unidade de CentroCirúrgico.....	43
Figura 11: Número de cirurgias programadas, realizadas e canceladas em um hospital de ensino. (Goiânia, 2018).....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Número absoluto e relativo das variáveis sexo, e turno, analisadas no cancelamento de cirurgias, em um hospital de ensino (Goiânia-GO, 2018).....	47
Tabela 02: Características das cirurgias em um hospital de ensino (Goiânia-GO, 2018).....	47
Tabela 03: Número absoluto e relativo dos motivos de cancelamento de cirurgia, classificação dos indicadores e condições dos motivos, em um hospital de ensino (Goiânia-GO,2018).....	48
Tabela 04: Distribuição das cirurgias canceladas segundo sua condição (evitável e não evitável), em um hospital de ensino (Goiânia-GO, 2018).....	49
Tabela 05: Frequência dos motivos de cancelamento de cirurgias /especialidades, um hospital de ensino (Goiânia, 2018).....	50
Tabela 06: Número absoluto e relativo e razão de prevalência das especialidades cirúrgicas, em um hospital de ensino (Goiânia- GO, 2018).....	51
Tabela 07: Frequência dos motivos de cancelamento de cirurgias /especialidades, em um hospital de ensino (Goiânia-GO 2018).....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC	Centro Cirúrgico
CME	Centro de Material e Esterilização
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEROF	Centros de Referência em Oftalmologia
CORA	Centro Avançado de Diagnóstico da Mama
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
EA	Evento Adverso
FEN	Faculdade de Enfermagem
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
MEC	Ministério da Educação
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPS	Produtos para Saúde
RP	Razão de Prevalência
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SCIH	Sistema de Controle de Internação Hospitalar
SO	Sala Operatória
SOBECC	Associação Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização
SRA	Sala de Recuperação Anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGIHOSP	Vigilância Hospitalar

RESUMO

ELAINE FF. **Cancelamento de cirurgias como indicador de avaliação das dimensões da qualidade de um centro cirúrgico** [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem /UFG;2018.77p.

Objetivo: investigar o perfil de cancelamento de cirurgias em um hospital público de ensino. **Método:** estudo retrospectivo, descritivo, quantitativo, realizado na unidade do Centro Cirúrgico de um hospital público de ensino, localizado no município de Goiânia-GO, Brasil. Este Centro Cirúrgico é constituído por 11 salas de operação e 01 sala de recuperação anestésica com 7 leitos. Na instituição são realizadas, aproximadamente, 4.400 cirurgias por ano, das especialidades: bucomaxilofacial, cardíaca, geral, plástica, coloproctologia, ginecologia, mastologia, neuro, otorrinolaringologia, ortopedia, torácica, urologia e vascular. Os dados de cancelamento de cirurgia foram coletados entre maio e julho de 2017, relativos ao ano de 2016, tendo como fonte de pesquisa os avisos cirúrgicos, sistema de informatização de dados do hospital e relatórios de enfermagem. Os dados foram computados em planilhas e divididos em dois fatores: estruturais, a exemplo da equipe cirúrgica incompleta e de processo, como a mudança de conduta médica. As informações levantadas foram analisadas de maneira descritiva e por meio do teste de qui-quadrado no STATA® (14.0). **Resultados:** no ano de 2016 foram realizadas 4.423 cirurgias, 2.885 (74,95%) eletivas e 1.538 (87,74%) de urgência/emergência. Dessas, foram canceladas 1.179 (21,05%). As especialidades que apresentaram maior frequência de cancelamento foram ortopedia/traumatologia (30,79%), otorrinolaringologia (16,11%) e cirurgia geral (15,35%). Entre os motivos de cancelamento, 67,35% foram relacionados aos processos; 20,19%, à falta de internação do paciente; 12,46% paciente sem condições clínicas. Outros motivos foram relacionados à estrutura, 32,65%, destacando-se 7,46%, problemas técnicos no centro de material e esterilização. **Conclusão:** a maioria das cirurgias foram canceladas por razões vinculadas ao paciente, relacionadas ao processo e não a unidade hospitalar, portanto, consideradas evitáveis. Esses dados são de grande relevância no auxílio de um planejamento institucional, pois, minimizar os cancelamentos, implica em garantir maior qualidade nos serviços de saúde e segurança do paciente, bem como, o uso racional dos recursos humanos e financeiros.

Palavras-chave: cirurgia, cancelamento de caso e enfermagem perioperatória.

ABSTRACT

ELAINE FF. **Cancellation of surgeries as an indicator of evaluation of quality dimensions of a surgical center** [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem /UFG;2018.77p.

Objective: to investigate the profile of cancellation of surgeries in a public teaching hospital. **Method:** retrospective, descriptive, quantitative study performed at the Surgical Center unit of a public teaching hospital, located in the city of Goiânia-GO, Brazil. This surgical center consists of 11 operating rooms and 01 anesthetic recovery room with 7 beds. In the institution, approximately 4,400 surgeries per year are performed: bucomaxillofacial, cardiac, general, plastic, coloproctology, gynecology, mastology, neuro, otorhinolaryngology, orthopedics, thoracic, urology and vascular. Surgery cancellation data were collected between May and July 2017, related to the year 2016, using as a research source the surgical warnings, hospital data computerization system and nursing reports. The data were computed in spreadsheets and divided into two factors: structural, like the incomplete surgical team and process, such as the change in medical conduct. The information collected was analyzed descriptively and through the chi-square test in STATA® (14.0). **Results:** in 2016, 4,423 surgeries were performed, 2,885 (74.95%) were elective and 1,538 (87.74%) were emergency / emergency. Of these, 1,179 (21.05%) were canceled. The specialties that presented the highest frequency of cancellation were orthopedics / traumatology (30.79%), otorhinolaryngology (16.11%) and general surgery (15.35%). Among the reasons for cancellation, 67.35% were related to the processes; 20.19%, due to lack of hospitalization; 12.46% patient without clinical conditions. Other reasons were related to the structure, 32.65%, standing out 7.46%, technical problems in the material center and sterilization. **Conclusion:** Most of the surgeries were canceled due to patient-related reasons, related to the process and not to the hospital unit, therefore considered avoidable. These data are of great relevance in the aid of an institutional planning, since, to minimize cancellations, implies to guarantee a higher quality in the health and safety services of the patient, as well as the rational use of human and financial resources.

Key words: surgery, case cancellation and perioperative nursing

RESUMEN

ELAINE FF. **La cancelación de cirugías como indicador de evaluación de las dimensiones de la calidad de un centro quirúrgico** [disertación] .Goiânia: Facultad de Enfermedad /UFG; 2018.77p.

Objetivo: investigar el perfil de cancelación de cirugías en un hospital público de enseñanza. **Método:** estudio retrospectivo, descriptivo, cuantitativo, realizado en la unidad del Centro Quirúrgico de un hospital público de enseñanza, ubicado en el municipio de Goiânia-GO, Brasil. Este Centro quirúrgico está constituido por 11 salas de operación y 01 sala de recuperación anestésica con 7 camas. En la institución se realizan, aproximadamente, 4.400 cirugías por año, de las especialidades: bucomaxilofacial, cardíaco, general, plástica, coloproctología, ginecología, mastología, neuro, otorrinolaringología, ortopedia, torácica, urología y vascular. Los datos de cancelación de cirugía fueron recolectados entre mayo y julio de 2017, relativos al año 2016, teniendo como fuente de investigación los avisos quirúrgicos, sistema de informatización de datos del hospital e informes de enfermería. Los datos fueron computados en hojas de cálculo y divididos en dos factores: estructurales, a ejemplo del equipo quirúrgico incompleto y de proceso, como el cambio de conducta médica. La información levantada fue analizada de manera descriptiva y por medio de la prueba de chi-cuadrado en el STATA® (14.0). **Resultados:** en el año 2016 se realizaron 4.423 cirugías, 2.885 (74,95%) electivas y 1.538 (87,74%) de urgencia / emergencia. De estas, se cancelaron 1.179 (21,05%). Las especialidades que presentaron mayor frecuencia de cancelación fueron ortopedia / traumatología (30,79%), otorrinolaringología (16,11%) y cirugía general (15,35%). Entre los motivos de cancelación, el 67,35% fueron relacionados a los procesos; 20,19%, a la falta de internación del paciente; 12,46% paciente sin condiciones clínicas. Otros motivos fueron relacionados a la estructura, el 32,65%, destacándose el 7,46%, problemas técnicos en el centro de material y esterilización. **Conclusión:** la mayoría de las cirugías fueron canceladas por razones vinculadas al paciente, relacionadas al proceso y no a la unidad hospitalaria, por lo tanto, consideradas evitables. Estos datos son de gran relevancia en el auxilio de una planificación institucional, pues, minimizar las cancelaciones, implica garantizar una mayor calidad en los servicios de salud y seguridad del paciente, así como el uso racional de los recursos humanos y financieros.

Palabras clave: cirugía, cancelación de casos y enfermería perioperatoria.

1. INTRODUÇÃO

A Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) define a unidade de Centro Cirúrgico (CC) como um conjunto de áreas e instalações destinadas à realização de procedimentos cirúrgicos, sendo constituído de Salas de Operação (SO), Sala de Recuperação Anestésica (SRA), a fim de prover segurança e conforto para o paciente e equipe cirúrgica (SOBECC, 2017).

Nas unidades de CC, milhões de pessoas em todo o mundo são submetidas a procedimentos cirúrgicos, com o objetivo de promover e desenvolver a saúde e o bem-estar do paciente cirúrgico (GHEYSARI et al., 2016, SOBECC, 2017). Estes procedimentos podem ser classificados como eletivos, de urgência e emergência (POSSARI, 2013, SOBECC, 2017).

Procedimentos cirúrgicos eletivos permitem o planejamento de sua execução, assim como, a organização de insumos e recursos humanos necessários. Enquanto o procedimento de urgência/emergência necessita de pronta intervenção da equipe de saúde, pois, pode levar ao agravamento do estado de saúde com risco iminente de morte (POSSARI, 2013, SOBECC, 2017).

Para que os procedimentos cirúrgicos eletivos ocorram é necessário que seja realizado o agendamento de maneira eficaz, medida destinada a organizar de forma segura e confiável a execução de um procedimento programado e pode ser encontrado nas instituições de saúde de duas formas: não informatizado (manuscrito) e informatizado (computadorizado) (POSSARI, 2013, SOBECC, 2017).

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, 2013). O cancelamento de cirurgias é a revogação da marcação ou programação de um procedimento operatório de um paciente por diversos motivos relacionados ao paciente, à equipe cirúrgica ou ao centro cirúrgico (PINHEIRO et al., 2017, SOBECC, 2017).

Ainda com os agendamentos prévios dos procedimentos cirúrgicos eletivos, existem vários obstáculos que podem impedir sua realização, uma vez que, a programação de uma cirurgia envolve um número considerável de profissionais, os quais gerenciam os materiais e equipamentos que se não disponíveis podem levar ao seu cancelamento (SODRÉ; FAHL, 2014, BOHRER et al., 2017, SOBECC, 2017). O

cancelamento de cirurgias ocorre devido a falta ou inadequação, portanto de equipamentos e tecnologia necessários aos procedimentos, da variação de seus processos e de uma complexa logística para o suporte e apoio ao funcionamento do setor de CC (GASPAR et al., 2015, SOBECC, 2017).

Os motivos de cancelamento de cirurgias estão sendo ao longo dos tempos investigados em várias partes do mundo e identificados por meio de publicações, tais como as realizadas na Jordânia, que apontam falta de tempo hábil para realizar o procedimento cirúrgico. (KADDOUM et al., 2016) e pré-operatório incompleto (ABEELEH et al., 2017); na China, a falta de comunicação entre as equipes cirúrgicas (YU et al., 2017); em Boston, paciente sem condições clínicas (BEIJNEN et al., 2018); no Canadá, atraso para o início da cirurgia (LESLE et al., 2013); em Omã, não comparecimento do paciente (APPAVU et al., 2016) e na Suécia, recusa do paciente (CAESAR et al., 2014).

Estudos brasileiros demonstram a preocupação com os motivos referentes ao cancelamento de cirurgias. Dentre esses, a falta de condições clínicas e a não internação do paciente; o cancelamento por critérios do cirurgião e a falta de tempo hábil para o procedimento cirúrgico (SOUZA et al., 2010, MACEDO et al., 2013, CARVALHO et al., 2016, BOTAZINI, 2015, MORAES et al., 2017, SANTOS; BOCCHI, 2017).

O cancelamento de cirurgias também pode ocorrer devido a falhas no planejamento administrativo de cada unidade de CC. Para obter excelência, a instituição hospitalar e o CC devem estar continuamente comprometidos com a resolutividade e planejamento dos agendamentos dos procedimentos cirúrgicos, a fim de obter a qualidade e baixos custos dos procedimentos, prevenindo a os desperdícios (PERROCA; JERICÓ; FACUNDIM, 2007).

Segundo Beijnen et al (2018), os motivos de cancelamentos de cirurgias em pediatria podem ser divididos em evitáveis, possivelmente evitáveis e imprevisíveis, sendo que os motivos evitáveis e possivelmente evitáveis estão geralmente ligados à estrutura e processos, que podem ser melhorados com a implementação de novas diretrizes administrativas e políticas de segurança do paciente, já os motivos imprevisíveis estão ligados à emergências ou óbito do paciente.

Neste contexto geral, o cancelamento de cirurgias pode ser considerado evitável na maioria das vezes, devendo ser mensurado e avaliado, mediante as repercussões desfavoráveis que envolvem não só o paciente, mas a família, a instituição e a própria equipe cirúrgica (SANTOS; BOCCHI, 2017).

Sabe-se que qualquer procedimento cirúrgico gera estresse ao paciente, família e para equipe cirúrgica. Quando este procedimento é cancelado e a equipe cirúrgica

comunica ao paciente e à família, ocorre uma decepção e desânimo do paciente frente à evolução das condições de saúde (NASCIMENTO; TILLVITZ; FONSECA, 2013).

As repercussões do cancelamento incidem desfavoravelmente, não apenas sobre o paciente, como também para a instituição, pois aumenta o custo operacional e financeiro, trazendo prejuízos causados pela deficiência dos processos. Isso se evidencia pela subutilização das SO, aumento da taxa de permanência com risco de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), encarecimento do leito dia e diminuindo a oferta de leitos cirúrgicos (PERROCA; JERICÓ; FACUNDIM, 2007).

Como é possível perceber, faz-se mister o monitoramento dos motivos referentes ao cancelamento de cirurgias, pois tem sido notória a incidência de consequências, como: o desperdício de equipamentos e material esterilizado, bem como, a subutilização do tempo das SO e recursos humanos, além dos prejuízos relacionados ao paciente (DHAFAR et al., 2015).

Destarte, torna-se necessário que o desempenho da unidade CC seja avaliado como forma de subsidiar as tomadas de decisões dos gestores, primando por uma assistência de qualidade e pelo uso racional de recursos humanos e materiais (CARVALHO et al., 2016).

Para que este desempenho da unidade de CC seja avaliado diante dos cancelamentos de cirurgias, é necessário um olhar atento para a qualidade que aborde a consolidação de um elevado padrão de assistência, com o qual todos os envolvidos nos atos de saúde estarão preocupados e, intimamente vinculados. A prioridade é o aperfeiçoamento constante das práticas, cujo objetivo é a satisfação daqueles que dependem desses serviços (GALDINO et al., 2016).

Na avaliação para melhoria da qualidade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, na diminuição do cancelamento de cirurgias, o emprego de indicadores possui um papel de destaque. Constituem-se como uma unidade de medida qualitativa e/ou quantitativa, que pode ser usada como um guia para monitorar, avaliar e implementar a qualidade assistencial e as atividades de um serviço (VITURI; ÉVORA, 2015). No CC, a avaliação da qualidade dos serviços oferecidos ocorre por meio de indicadores de estrutura, processo e resultado (SOBECC, 2017).

De acordo com Pinheiro et al. (2017), os principais indicadores para determinar a qualidade e produtividade da unidade de CC são: tempo de atraso cirúrgico; taxa de mortalidade durante a permanência no ambiente de CC; tempo de permanência na SRA; índice de quedas dentro do CC; número de reoperações; banco de horas de funcionários que se relaciona a inadequação de dimensionamento de profissionais e a taxa de cancelamento de cirurgias.

A redução do indicador de cancelamento de cirurgias beneficia tanto aos pacientes, com a diminuição do tempo de internação, como à unidade hospitalar, com a otimização do tempo, realizando um número maior de procedimentos cirúrgicos, além de reduzir os custos (SAMPAIO; GONÇALVES; SEABRA JÚNIOR, 2016).

Vale ressaltar que a busca pela excelência na qualidade dos serviços de saúde, corrobora com a segurança do paciente cirúrgico, enfatizada desde 2009, com a implantação do protocolo “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. Esse protocolo reforça práticas de segurança, a fim de para redução da ocorrência de danos ao paciente (BRASIL, 2016).

O importante hospital analisado nesta investigação, na condição de instituição pública de ensino, mantido exclusivamente por recursos do SUS, tem como desafio alcançar a qualidade dos serviços de saúde prestados. Isto começa entendendo que o cancelamento de cirurgias poderá comprometer o atendimento aos usuários do SUS, com repercussões nos custos demandados em níveis municipal, estadual e nacional.

É de relevância destacar a importância das competências do enfermeiro na assistência ao paciente cirúrgico, quanto ao planejamento e o gerenciamento da utilização de SO, assim como, a previsão e provisão de produtos para saúde, equipamentos e recursos humanos. Estas competências podem facilitar ações de intervenção, além de viabilizar a comparação com outras realidades e possibilidades de compartilhamento de intervenções, de forma a ajudar às instituições de saúde e a equipe de enfermagem na tomada de decisão, com vistas a diminuir as altas taxas de cancelamento de cirurgias encontradas nos estudos.

Deve-se considerar ainda o fato de haver poucas pesquisas nacionais que mostrem o impacto do cancelamento de cirurgias ao paciente, família e às instituições públicas. Na região Centro-Oeste do Brasil, essa lacuna é ainda maior, sendo que, a maioria das publicações trazem a realidade da região sudeste, tais como os estudos sobre cancelamento de cirurgias em um Hospital Público na cidade de São Paulo, realizado no ano de 2014; cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada e suspensão de Cirurgia em um hospital universitario, ambos realizados em São Paulo, em 2017.

Nessa perspectiva, a presente investigação é justificada no contexto pesquisado pela necessidade de levantar um diagnóstico situacional dos motivos e prevalência de cancelamento de cirurgias, a fim de contribuir para melhorias no gerenciamento da política de cirurgias institucional. Visando uma assistência segura e de qualidade ao paciente cirúrgico, e, dessa forma, proporcionar melhor utilização de recursos financeiros, materiais e humanos, diminuindo desperdícios.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Investigar o perfil de cancelamento de cirurgias em um hospital público de ensino.

2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar a taxa geral de cancelamento de cirurgias;
- Identificar a frequência dos cancelamentos de cirurgias por especialidade;
- Verificar os motivos de cancelamento de cirurgias;
- Analisar os fatores preditores para este cancelamento.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Evolução Histórica das Cirurgias

Segundo Resende (2009), o termo cirurgia deriva do latim e, etimologicamente, significa trabalho manual, arte, ofício, no qual se empregam as mãos para a sua execução. Entretanto, esta definição no ramo da medicina dedica-se ao tratamento das doenças, lesões, ou deformidades por processos manuais denominados operações ou intervenções cirúrgicas.

As primeiras intervenções cirúrgicas datam da era neolítica, antes disso nada se sabe de concreto sobre a medicina e a cirurgia, supõe-se que os feridos nas lutas com as feras, eram abandonados à própria sorte ou curados pela natureza (FERREIRA, 1969). Portanto, foi no período neolítico que se registrou o surgimento dos procedimentos cirúrgicos, como, craniotomias, reduções de fraturas e amputações, porém eram realizados sem conhecimento fisiopatológico e anatômico. (AMATO, 2016).

Profundas e importantes evoluções foram ocorrendo, desde os primeiros registros de cirurgia, quando a prática cirúrgica era empírica, exercida, tão somente, por aqueles que se dispunham a ajudar. O único conhecimento de noções de anatomia que detinham era de comparação entre humanos e animais. Além do mais, não tinham noção de qualquer aspecto funcional dos diversos tecidos e órgãos, tornando a prática cirúrgica totalmente intuitiva e empírica (TOWNSEND et al., 2014).

Para Tubino e Alves (2011), a cirurgia era considerada o último recurso aplicável à pacientes doentes, para os quais não havia mais remédios que lhe restabelessem a normalidade. Com a evolução dos conhecimentos, a cirurgia passou a ter importância no tratamento e reabilitação dos pacientes, exigindo dos cirurgiões o conhecimento de anatomia, fisiologia, bioquímica, imunologia, bacteriologia, metabolismo e, obviamente, de técnica cirúrgica.

Na Idade Média, a amputação das extremidades era reconhecida como a principal habilidade cirúrgica. O procedimento era realizado pelos denominados cirurgiões barbeiros e feito sem anestesia, hemostasia e assepsia, com duração em média de dois minutos. Todavia, os pacientes nem sempre sobreviviam, pois, a sepse era o fenômeno no pós-operatório mais frequente (SANTOS; KEMP, 2011).

No entanto, os manuscritos desta época revelam que o homem era extremamente religioso e tudo que acontecia era referenciado a vontade de Deus, tornando a igreja uma autoridade incontestável (TUBINO; ALVES, 2011).

Em meados do século XVI, já na idade moderna, surgiu o Amboise Paré, o primeiro médico que dedicava todo o seu tempo à cirurgia, atingindo a autonomia com a criação da cirurgia moderna. Além da revolução cirúrgica, este médico modificou o tratamento das feridas, com descobertas sobre a cauterização (TUBINO; ALVES, 2011, TOWNSEND et al., 2014).

Por volta de 1731, o Rei francês, Luís XV, criou a Real Academia de Cirurgia, doze anos depois dissolveu a ligação entre os cirurgiões e os barbeiros, possibilitando aos cirurgiões competir em *status* com os médicos, divulgando a ideia de que a cirurgia não era mera arte manual, e sim um braço da medicina (TUBINO; ALVES, 2011).

Segundo Townsend et al.(2014), o século XIX marcou o nascimento de uma nova era para a prática cirúrgica, em decorrência do desenvolvimento da anatomia e da fisiologia, com isso, quatro pilares da cirurgia ganharam força: conhecimentos sobre anatomia, controle da hemorragia, controle da dor com a analgesia e evolução das técnicas assépticas, por meio da compreensão das infecções. Nesta época, as cirurgias deixaram de ser realizadas nos teatros, passando para as SO.

Um dos pilares da evolução cirúrgica que merece destaque é, a conquista da analgesia. Algumas das substâncias utilizadas para se obter o estado de inconsciência até então eram o haxixe, o ópio e o álcool. Também eram usados métodos, como, o frio intenso para amputar membros gangrenados. No entanto, em 1846, foi realizada a primeira intervenção cirúrgica com anestesia geral, na cidade de Boston, pelo cirurgião John Collins Warren, com inalação do éter para analgesia (TOWNSEND et al., 2014).

O final do século XIX e início do XX foi de grandes conquistas para a medicina, em especial, na área cirúrgica. Com o advento dos conhecimentos relacionados à anatomia, patologia e fisiologia, novos métodos propedêuticos foram iniciados. Neste período, Louis Pasteur (1822-1895) destacou-se por desenvolver a teoria da produção da doença infecciosa, por germes; e Joseph Lister (1827-1912) foi considerado o criador da cirurgia antisséptica, por disseminar os conhecimentos sobre processos

infecciosos e os cuidados na sua prevenção e tratamento (REZENDE, 2009, TUBINO; ALVES, 2011).

Já no século XX, William S. Halsted integrou os conhecimentos técnicos, médicos e científicos à metodologia rigorosa para a execução dos procedimentos, transformando a cirurgia em disciplina. Com isso, proporcionou o desenvolvimento e crescimento das cirurgias minimamente invasivas, através das endoscopias, radiologia intervencionista, cirurgias videolaparoscópicas, exigindo cada vez mais especialização e aperfeiçoamento das práticas e da organização dos serviços de cirurgia (SANTOS; KEMP, 2011).

Atualmente, as cirurgias evoluíram e ocorrem por meio de técnicas e instrumentos de alta performance, aliados a recursos tecnológicos avançados, tais como, telerrobótica e a cirurgia com realidade virtual. Estas novas práticas têm contribuído para redução da violação biológica e psicológica dos procedimentos, obtenção de melhores resultados terapêuticos, diminuição da mortalidade, tempo de internação e infecções, proporcionando, assim, qualidade e segurança ao paciente nos procedimentos cirúrgicos (SANTOS; KEMP, 2011).

3.2. Indicadores de qualidade no centro cirúrgico

Os procedimentos cirúrgicos são complexos, necessitando de muito conhecimento científico, habilidade técnica e instrumentais adequados. Para tanto, é de suma importância que as cirurgias sejam realizadas com qualidade (TRONCHIN et al., 2009). Para Donabedian (1992), qualidade é definida como um conjunto de atributos que incluem: nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco e alto grau de satisfação por parte do paciente.

Quando se trata de qualidade em CC, o enfermeiro é o profissional que se destaca por ter a responsabilidade de prever e prover materiais para as várias atividades dentro deste setor (SOBECC, 2017, AMARAL; SPIRI; BOCCHI, 2107).

Neste sentido, torna-se imprescindível a participação do enfermeiro gestor no processo de avaliação da qualidade e produtividade no CC, uma vez que, este deve detectar e redesenhar atividades que não estejam em conformidade com padrões e requisitos para a proteção da saúde individual e coletiva, além de realizar seu

monitoramento contínuo e comparar os resultados com outras instituições (AMARAL; SPIRI; BOCCHI, 2017).

Para um bom gerenciamento de uma unidade de CC, os indicadores de qualidade tornam-se elementos fundamentais para a tomada de decisão na gestão de assistência, por serem considerados processos de avaliação das unidades, interferindo diretamente no seu bom desempenho (SOBECC, 2017).

Existem três evidências possíveis de serem trabalhadas no processo de avaliação dos indicadores de qualidade: a estrutura, o processo e os resultados (Figura 01). Essa tríade não se refere aos atributos da qualidade, mas às dimensões das informações que podem ser utilizadas para a avaliação do cuidado em saúde e estão intimamente interligadas (DONABEDIAN, 1992). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), alterações, relacionadas à estrutura, influenciam no processo e esse, por sua vez, no resultado (OMS, 2009).

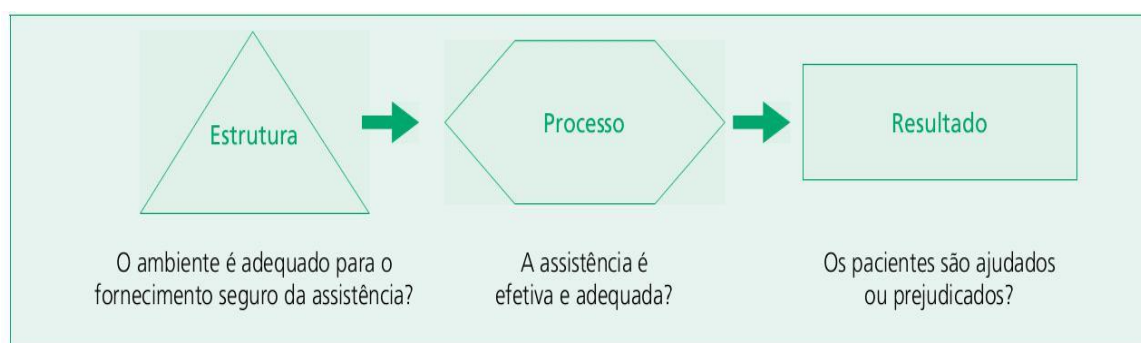


Figura 01. Interação entre estrutura, processo e resultado na assistência à saúde.

Fonte: OMS, 2009.

Desta maneira, os indicadores de qualidade da unidade de CC também podem ser classificados baseados na tríade citada acima. Os indicadores de estrutura são divididos nas perspectivas pessoais de processos de apoio, que abrangem área física, como falta de SO, recursos humanos; equipe cirúrgica incompleta, recursos materiais; falta de material esterilizado; e financeiros, falta de material descartável (SOBECC, 2017).

Os indicadores de processos estão relacionados a prestação da assistência, cuidados com a documentação e com o adequado preenchimento dos impressos e formulários. Dentro da unidade de CC, também pode-se enfatizar como indicador de processo o tempo médio de permanência na SRA (FIXLER; WRIGHT, 2013, SOBECC, 2017).

Os indicadores de resultados devem ser considerados do ponto de vista clínico e administrativo; já os indicadores de processo, caracterizam-se por situações relacionadas ao paciente. Portanto, pode-se avaliar um conjunto de ocasiões de interesse da instituição, conforme (Figura 02). Do ponto de partida de um procedimento cirúrgico, pode-se denominar como indicador de resultado a taxa de infecção em ferida cirúrgica limpa, por exemplo (FIXLER; WRIGHT, 2013, SOBECC, 2017).

ESTRUTURA	PROCESSO
Instalações físicas.	Percentual de preenchimento adequado do relatório cirúrgico.
Recursos financeiros.	Tempo médio de preparo do paciente.
Recursos materiais.	Tempo médio de limpeza da sala no intervalo entre duas cirurgias.
Equipamentos disponíveis.	Tempo médio de atraso no início das cirurgias.
Recursos humanos: percentual de cirurgiões com título de especialista, percentual de enfermeiro durante todo o período de funcionamento da unidade.	Percentual de procedimentos operacionais padrão.
	Cirurgias canceladas por fatores hospitalares extra paciente.

Figura 02: Indicadores de qualidade na unidade de Centro Cirúrgico.

Fonte: DUARTE; FERREIRA, 2006.

Estes indicadores de qualidade mencionados são uma forma de monitorar o desempenho das atividades, como por exemplo, do CC, que possibilita determinar importantes avaliações, uma vez que, a literatura traz uma vasta variação de indicadores, que depende da instituição, dos administradores e das partes envolvidas, não havendo um consenso em quais indicadores são necessários mensurar (FIXLE; WRIGHT, 2013).

Entretanto, a OMS, por meio do programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, implementou um *checklist* com o objetivo de melhorar a segurança cirúrgica e reduzir o número de mortes e complicações, recomendando um conjunto mínimo de cinco indicadores para mensuração da assistência cirúrgica em todo o mundo (OMS, 2009).

Estes indicadores, propostos neste programa pela OMS, são relacionados aos números de SO, de cirurgias realizadas em SO, de médicos cirurgiões e anestesiológicos habilitados, de mortes nas primeiras 24 horas após cirurgia e de mortes de pacientes internados após cirurgia (FIGURA 03).

São também denominadas “estatísticas demográficas” e destinam-se a construir uma base de informações sobre a assistência cirúrgica, com o objetivo de promover o conhecimento sobre os serviços cirúrgicos e fornecer informações valiosas para melhoria da segurança (OMS, 2009).

Número de Sala Operatória	O conhecimento sobre a densidade das SO ajudará na avaliação da disponibilidade, acesso e distribuição dos serviços cirúrgicos.
Número de cirurgias realizadas em Sala Operatória	O número de procedimentos cirúrgicos realizados em cada SO é um indicador sobre o acesso e o uso dos serviços cirúrgicos.
Número de cirurgiões e anestesiológicos habilitados no país	A disponibilidade e a composição dos recursos humanos para a saúde são indicadores importantes quanto à solidez do sistema de saúde, prestação segura e adequada da assistência cirúrgica.
Número de mortes nas primeiras 24 horas após cirurgia	Não há consenso sobre o que seria uma taxa de mortalidade por dia de cirurgia aceitável, particularmente por ela refletir frequentemente uma combinação de fatores.
Número de mortes de pacientes internados após cirurgia	A taxa de mortalidade de pacientes internados após cirurgia fornece percepção sobre os riscos associados à intervenção cirúrgica.

Figura 03: Indicadores da Assistência cirúrgica proposta pela Organização Mundial de Saúde.
Fonte: OMS, 2009.

Nesse sentido, o estudo de revisão realizado na China, utilizando a metodologia Delphi, identificou 26 indicadores de qualidade relacionados à assistência de enfermagem na unidade de CC, entre eles pode-se destacar: taxa de desperdício de tempo de trabalho, tempo de atraso para o início da cirurgia, cancelamento de cirurgias e número de cirurgias mensais (WU et al., 2017).

Enfatizando os dados do estudo supracitado, uma pesquisa espanhola conduzida na cidade de Andaluzia, revelou como principais indicadores de qualidade na unidade de CC, o número de cirurgias mensais, a média de permanência hospitalar, o cancelamento de cirurgias e o tempo médio de espera para realizar cirurgia (ARRABAL-POLO et al., 2015).

Desses indicadores de qualidade, pode-se enfatizar um estudo nacional que aborda sete mensurações primordiais para determinar a qualidade e produtividade da unidade de CC, sendo elas: tempo de atraso cirúrgico, taxa de mortalidade durante a permanência no CC, tempo de permanência na SRA, índice de quedas dos pacientes dentro do CC, número de reoperações, banco de horas de funcionário relacionado ao número inadequado de colaboradores e a taxa de cancelamento de cirurgias (PINHEIRO et al., 2017).

A mensuração dos indicadores de qualidade dentro do CC e nos demais setores do hospital é uma forma de avaliar os serviços e a assistência prestada por meio de dados relacionados a estrutura, aos processos e aos resultados, sendo fundamental manter um equilíbrio destas taxas para garantir maior segurança ao paciente cirúrgico (SOBECC, 2017).

3.2.1. Indicador de qualidade de cancelamento de cirurgias

O indicador de qualidade mensurado por meio da taxa de cancelamento de cirurgias é definido pela relação percentual entre o número de cirurgias canceladas e o número de cirurgias agendadas. Sendo que, as cirurgias canceladas se referem ao total de cirurgias que não foram realizadas dentro do período analisado (CQH, 2009, SOBECC, 2017).

A taxa de cancelamento de cirurgias acompanha o número de cirurgias canceladas, e sua mensuração se dá por meio da seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de cancelamento de cirurgias} = \frac{\text{Número de cirurgias canceladas}}{\text{Número de cirurgias agendadas}} \times 100$$

Figura 04: Fórmula para mensurar a taxa de cancelamento de cirurgias.
Fonte: CQH, 2009.

Os profissionais da área da saúde que executam atividades práticas dentro do CC são os responsáveis por sua apuração e coleta dos dados que devem ser realizadas mensalmente (CQH, 2009, SOBECC, 2017).

As repercussões do cancelamento de cirurgias incidem desfavoravelmente não apenas sobre o paciente, que tem seu vínculo de confiança rompido em relação à instituição e a equipe cirúrgica, como também, em relação a operacionalização do

trabalho, desperdício do tempo e recursos materiais, interferindo em gastos financeiros (ÁVILA; BOCCHI 2013, CARVALHO et al., 2016).

Compreender os fatores locais é de vital importância para melhoria da qualidade do cuidado prestado ao paciente (MORRIS et al., 2017), uma vez que as taxas de cancelamento de cirurgias variam entre diferentes tipos de instituição, tamanhos hospitalares, tipo de cirurgias e os fatores socioeconômicos e culturais podem afetar esses cancelamentos.

Investigações nacionais sobre o tema em lide, realizadas em hospitais públicos brasileiros, demonstram diferentes taxas de cancelamento de cirurgias como o estudo realizado em um hospital universitário localizado no interior do estado do Paraná, o qual revelou que de 2.828 procedimentos cirúrgicos agendados, 522 foram cancelados o que resultou uma taxa geral de cancelamento de cirurgias de 18,45% (PINHEIRO et al., 2017).

Já estudo de coorte retrospectivo realizado em um hospital de grande porte no estado de Minas Gerais evidenciou uma taxa de cancelamento de cirurgias de 5,2% considerando as cirurgias eletivas programadas no período de julho a dezembro de 2013 (MOREIRA et al., 2016). Já em uma investigação realizada, em um hospital público de referência no tratamento de catarata, no interior do estado de São Paulo, ao analisar a taxa de cancelamento de 2.965 cirurgias, os autores constataram 650 casos cancelados, mostrando uma taxa de cancelamento de cirurgias de 21,92% (MAGRI et al., 2012).

A literatura internacional tem apresentado índices de cancelamento de cirurgias em diversas pesquisas, destacando-se os seguintes: 22,4% (MORRIS et al., 2017); 17,6% (KUMAR; GANDHI, 2012); 11,11% (FAYED et al., 2016) 7,6% (CHIU; LEE; CHUI, 2012). A menor taxa de cancelamento de cirurgias foi encontrada no estudo americano, na cidade de Massachusetts onde os autores pesquisaram os casos de cancelamentos de cirurgias cardíacas após o paciente ter entrado na SO, encontrando um total de 43 (0,84%) cancelamentos de 5.110 casos (FITZSIMONS, 2016), descritos na FIGURA 05.

Analisando os motivos relacionados ao cancelamento de cirurgias, vários estudos nacionais revelam como motivos mais comuns, as alterações clínicas do paciente (MAGRI et al., 2012, SANTOS; BOCCHI, 2017); não comparecimento do paciente (MACEDO et al., 2013, SODRÈ; ARAÚJO; FAHL, 2014, CARVALHO et al.,

2016) e cirurgia cancelada pelo cirurgião (NASCIMENTO; TILLVITZ; FONSECA, 2013, PINHEIRO et al., 2017).

Já Abeeleh et al. (2017), estudando as razões para o cancelamento de cirurgias na Jordânia, revelaram que o motivo de cancelamento mais frequente foi o absenteísmo do paciente (62,57%), assim como nos estudos na Arábia Saudita de Dhafar et al. (2015), 20,76% e Fayed et al. (2016), 27%.

PAÍS	TAXA DE CANCELAMENTO	NATUREZA DA INSTITUIÇÃO	TÍTULO	OBJETIVO(S)	AUTORES	PERIÓDICO ANO	BASE DE DADOS
CHINA	7,6%	Hospital Público de Ensino	Cancellation of elective operation on the day of intended surgery in Hong Kong hospital: point prevalence and reasons.	Determinar a prevalência pontual dos cancelamentos de casos cirúrgicos eletivo e os motivos.	Chiu CH, Lee A, Chui PT	Hong Kong Med J 2012; 18:5-10	MEDLINE
BRASIL	21,92%	Hospital Público	Cancelamento de cirurgias de catarata em um hospital público de referência.	Analisar a incidência e causas de cancelamento de cirurgias de cataratas em um hospital público de referência.	Magri MP, Espidola RF, Santiago MR, Mercadante EF, Kara Júnior N.	Arq Bras Oftalmol.2012; 75(5):333-6	MEDLINE SciELO LILACS
ÍNDIA	17,6%	Hospital Público de Ensino	Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital.	Analisar as causas do cancelamento de procedimentos eletivos em um hospital policial multidisciplinar de 5000 leitos e sugerir medidas para uma melhor utilização do tempo de cirurgia.	Kumar RG Gandhi R	J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2012;28(1):6 6-9	MEDLINE
ESTADOS UNIDOS	0,84%	Hospital Privado de Ensino	Analysis of 43 Intraoperative Cardiac Surgery Case Cancellations	Determinar as causas de cancelamento, evitabilidade, tempo total da sala de operação e destino pós-operatório dos pacientes em sala operatória	Fitzsimons MG Dilley JD Moser C Walker JD	J Cardiothorac Vasc Anesth .2016;30(1): 19-22	MEDLINE
BRASIL	5,2%	Hospital Privado que presta atendimento ao SUS	Avaliação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas.	Conhecer as variáveis que favorecem o cancelamento de cirurgias	Moreira LR Xavier APR Moreira FN Souza LCM Araujo OC Santos TMB Costa Y F	Enfermagem Revista. 2016;19(2):2 12-225	SciELO
ARÁBIA SAUDITA	11,11%	Hospital Público	Elective surgery cancellation on day of surgery: Na endless dilemma.	Investigar o cancelamento de cirurgia e sua taxa e ao mesmo tempo avaliar o efeito de novas salas cirúrgicas na taxa de cancelamento	Fayed A Elkouny A Zougaibi N Wahabi HA	Saudi J Anaesth. 2016;10(1):6 8-73	MEDLINE
BRASIL	18,45%	Hospital Público de Ensino	Taxa de cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade em hospital universitário público.	Identificar a taxa de cancelamento cirúrgico em um hospital universitário público, bem como caracterizar as cirurgias e os motivos à sua suspensão	Pinheiro SP Vasconcelos RO Oliveira FGOA Tonini NS Alves DCI	REME Rev.mim.enferm; 2017;21:e-1014	LILACS
EMIRAS DOS ARÁBES UNIDOS	22,4%	Hospital Privado	Cancellation of elective cases in a recently opened, tertiary/quaternary-level hospital in the Middle East.	medir a taxa de cancelamento de casos eletivos agendados nas salas de cirurgia e endoscopia e identificar as principais razões para o cancelamento	Morris AJ McAvoy J Dweik D Ferrigno H Macario UM Haisjackl M	201 Anesth Analg. 2017;125(1): 268-2717	MEDLINE

Figura 05: Artigos levantados nas bases de dados SciELO, MEDLINE e LILACS abordando as taxas de cancelamento de cirurgias.

Fonte: Elaborado pela autora.

TÍTULO	MOTIVOS DE CANCELAMENTO	MOMENTO DO CANCELAMENTO	TAXA	SUGESTÕES PARA MELHORAR A TAXA DE CANCELAMENTO	AUTORES	PERIÓDICO ANO	BASE DE DADOS
Cancelamento de cirurgias de catarata em um hospital público de referência	Hipertensão arterial; Falta de exames; Paciente sem; condições clínicas	Antes do preparo da SO	21,92%	Propor ações em conjunto para todos os hospitais do município; criação de um protocolo com os parâmetros de cancelamentos em relação aos exames.	Magri MP, Espindola RF, Santiago MR, Mercadante EF, Kara Júnior N	Arq Bras Oftalmol.2012;75(5):333-6	MEDLINE SciELO LILACS
Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital	Falta de tempo para cirurgia Paciente não compareceu Paciente sem condições clínicas	Antes do preparo da SO	17,6%	Maior cooperação entre anesthesiologists e cirurgiões; Melhorias no agendamento através de ações do gestor do CC; Reduzir o tempo de limpeza/preparo das SO	Kumar RG Gandhi R	J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2012;28(1):66-9	MEDLINE
Cancelamento de cirurgia em um Hospital Universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento	Usuário não internou Mudança de conduta médica Ultrapassou o horário eletivo	Antes da entrada do paciente na SO	17,3%	Realizar busca ativa e ou modificações no sistema de agendamento; Informatização do agendamento; Considera as cirurgias canceladas que ocorreram no mesmo dia ou semana como adiadas	Macedo JM; Kano JA; Braga MG; Garcia MA; Caldeira SM	Rev SOBECC;2013; 18(1): 26-34	LILACS
Day of surgery cancellation rates in urology: Identification of modifiable factors	Atraso para o início da cirurgia; Cirurgia cancelada com o paciente em espera; Paciente sem condições clínicas para cirurgia	Antes do preparo da SO	8,07%	Sugerir que cada Cancelamento de cirurgias seja considerado um evento adverso	Leslie RJ Beiko D Van Vlymen J Siemens DR	Can Urol Assoc J. 2013;7(5-6): 167-73	MEDLINE
Cancellation of operations in Saudit Arabian hospitals: Frequency, reasons and sugestions for improvments	Paciente não compareceu, Outros; Cancelado pelo cirurgião	Antes da entrada do paciente na SO	7,6%	Consulta pré-operatória	Dhafar KO; Ulmalki MA; Falemban MA; Manfouz ME; BalJoon MJ; Gazzaz ZJ Baig M; HamishNM Aithobaiti SA; Al-Hothalli FT	Pak J Med Sci 2015; 31(5): 1027-32	MEDLINE
Analysis of 43 Intraoperative Cardiac SurgeryCaseCancellations	Alterações no quadro clínico do paciente; Complicações na anestesia; Órgãos de doadores insatisfatórios para o transplante	Após a entrada do paciente na SO	0,84%	Atualizar a história e o exame físico, exames laboratoriais antes de entrar na SO	Fitzsimons MG; Dilley JD; Moser C; Walker JD.	J Cardiothorac Vasc Anesth .2016;30(1): 19-22	MEDLINE
Elective surgery cancelation on day of surgery: Na endless dilemma	Paciente não compareceu, Pré-operatório incompleto; Falta de tempo.	Antes da entrada do paciente na SO	11,11%	visita pré-operatória	Fayed A Elkouny A Zougnai N Wahabi HA	Saudi J Anaesth. 2016;10(1):68-73	MEDLINE

Tasas y causas de suspensión de cirugías em um hospital público durante el año 2014	Falta de tempo; Mudança nas condições clínicas do paciente; Falta de equipamento /material.	Antes da entrada do paciente na SO	8,2%	Diminuir o tempo de limpeza, preparo da SO; Tempo de início das cirurgias melhor programado pelo anestesiológista e cirurgião; Visita pré-operatória	Abeldaño RA Coca YSM	Enfermeria Universitaria 2016;13(2):107-113	SciELO LILACS
Suspensão de Cirurgias em um Hospital Universitário	Paciente não compareceu; Problemas com recursos materiais; Mudança nas condições clínicas do paciente.	Antes da entrada do paciente na SO	19,50%	Uso de indicadores	Carvalho TA; Sobral CB; Marinho PML; Llapa-Rodriguez EO; Campos MPA	Rev.SOBEC.2016;21(4):186-191	LILACS
Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital brasileiro: motivos e redução estimada.	Paciente sem condições clínicas; A pedido do Cirurgião/mudança de conduta; Paciente não internou.	Antes da entrada do paciente na SO	6,79%	Não apresenta sugestões para melhoria	Santos GAAC; Bocchi SCM.	RevBras Enferm [internet]. 2017;70(3): 535-42	LILACS SciELO MEDLINE
Taxa de cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade em hospital universitário público.	Cancelamento pelo cirurgião responsável Mudança de conduta medica Paciente não compareceu	Antes e após o preparo da SO e durante o procedimento anestésico cirúrgico	18,45	controle dos indicadores de qualidade e melhoria dos mesmos	Pinheiro SP; Vasconcelos RO; Oliveira FGOA; Tonini NS Alves DCI.	REME rev.mim.enferm ; 2017;21: 1014.	LILACS
Factors Associated With Late Surgical Cancellations in Pediatric Plastic and Oral Surgery	Paciente sem condições clínicas Paciente não seguiu o jejum corretamente Paciente cancelou o procedimento	Antes do prepare da SO	4,1%	Telefone disponível para comunicação com o paciente Os pais devem ser orientados para prevenir doenças	Baijnen UEA Noonan Caillouette C Flath-Sporn SJ MacLellan RA Sanchez K Labow BI Meara JG Taghinia AH	Ann Plast Surg. 2018;21	MEDLINE
Reasons for operation cancellations at a teaching hospital: prioritizing áreas of improvement.	Falta de tempo; Pré-operatório incompleto; Paciente sem condições clínicas	Antes do preparo da SO	9,31%	Ligação Telefonica ou mensagem de texto para lembrar o paciente da data da cirurgia; Consulta pré-operatória.	Abeeleh MA; Tereef TM; Hani AB; Albsoul N; SamarahOQ; ELMohtaseb MS; Alshehabat M; Ismail ZB Alnoubani O; Obeidat SSHalawa AS.	Ann SurgTreat Res.2017;93 (2): 65-69	MEDLINE

Figura 06: Artigos levantados nas bases de dados SciELO, MEDLINE e LILACS abordando os motivos de cancelamentos de cirurgias realizadas em 2017.

Fonte: elaborado pela autora.

Segundo Kumar; Gandhi (2012), em pesquisa realizada na Índia, foi demonstrado que a maioria das causas de cancelamentos de cirurgias são evitáveis e deve-se fazer um planejamento cuidadoso para que sejam minimizadas, considerando a realidade do número de profissionais dentro da instituição e a sua situação financeira. Esse estudo teve como causa mais frequente de cancelamento de cirurgias a falta de tempo hábil para realização da cirurgia (63%), bem como, os

estudos de Leslie et al. (2013) realizado no Canadá com uma frequência de 26,2% e Abeldaño; Coca (2014), na Argentina com uma frequência de 27,2%.

Ainda é possível encontrar na literatura internacional vários estudos revelando os motivos para o cancelamento de cirurgias, como os realizados nos Estados Unidos de Fitzsimons et al. (2016) e Beijnen et al. (2018). O paciente sem condições clínicas, o motivo de cancelamento com maior frequência (44%), descrito na FIGURA 06.

Para que as unidades de CC consigam minimizar estas taxas de cancelamento de cirurgias e melhorar os indicadores de qualidade é de extrema importância uma análise situacional da instituição, além de realizar o monitoramento do indicador taxa de cancelamento de cirurgias continuamente, a fim de subsidiar o planejamento de estratégias de intervenções com vistas a redução da taxa e consequente minimização dos transtornos causados para o paciente, a família e a instituição (CARVALHO et al., 2016).

3.3. Consequências do cancelamento de cirurgias versus qualidade da assistência no perioperatório

A cirurgia gera um intenso desconforto emocional, no qual o paciente tem o seu futuro incerto, evidenciando sentimentos de impotência, isolamento, medo da morte, da dor, da incapacidade e das mudanças na imagem corporal podendo desenvolver dificuldades de adaptação e produzir um *déficit* na relação do sujeito no mundo (ORTIZ, 2015).

Já o cancelamento de cirurgias, por sua vez, causa alterações na rotina de vida de uma pessoa, como o afastamento das atividades desenvolvidas junto ao trabalho, ao lar e necessidade de mobilização de recursos financeiros. Estas alterações geram frustrações, sentimento de revolta, desconfiança na equipe, insegurança, intenso estresse, sentimento negativo, preocupação e falta de controle da situação (PERROCA; JERICÓ; FACUNDIM, 2007).

A busca da qualidade no atendimento ao paciente cirúrgico implica em evitar incidentes e falhas que comprometam a realização das cirurgias. A OMS define incidentes como eventos ou circunstâncias que podem ou não causar dano ao paciente e Evento Adverso (EA), como uma ocorrência não intencional que obrigatoriamente causa dano ao paciente, e que pode resultar em incapacidade,

disfunção temporária ou permanente, prolongamento de permanência hospitalar e até mesmo o óbito como consequência do cuidado prestado (OMS, 2009).

Um estudo sobre taxa de cancelamento de cirurgias realizado no Canadá sugere que todos eles devem ser vistos como EA e monitorados nos programas de notificação, uma vez que trazem dano ao paciente (LESLIE et al., 2013).

A segurança do paciente cirúrgico, bem como, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, deve ser o objetivo primordial de toda a equipe que desempenha suas atividades dentro da unidade de CC, necessitando que esses tenham conhecimentos científicos, responsabilidade técnica e estabilidade emocional para ofertar uma assistência de qualidade (SOBECC, 2017).

Ao buscar a relação de custos concernente ao cancelamento de cirurgias, Perroca; Jericó; Facundim (2007), demonstraram que foram canceladas 249 cirurgias programadas e destas, 58 (23,3%) resultaram em custos para o hospital. Considerado apenas as cirurgias que foram canceladas após o preparo da SO e as canceladas durante o procedimento cirúrgico, o custo direto total dos cancelamentos de cirurgias foi de R\$1.713.66, e o custo médio por paciente de R\$29,54, sendo as despesas com material de consumo de R\$333,05; processo de esterilização, R\$201,22; medicamentos, R\$149,77, e equipe cirúrgica, R\$1.029,62.

Neste mesmo estudo destaca-se o custo com recursos humanos que representou o maior percentual em relação ao custo total (60,1%), sendo a equipe de enfermagem a que demonstrou mais tempo empenhado ao cancelamento de cirurgias, correspondendo a 46,7% da carga horária total. Durante o preparo da SO, e 54,9% durante o procedimento cirúrgico (PERROCA; JERICÓ; FACUNDIM, 2007).

Para YU et al. (2017) o CC gera os maiores custos do hospital e é também, a maior fonte de receita relacionada a impostos; portanto, seus gestores primam por alcançar excelência, com o máximo de eficiência, evitando o cancelamento de cirurgias, que leva a subutilização das SO, afeta a produtividade do cirurgião, causando ansiedade, sofrimento emocional para o paciente e resultando em custos adicionais para os pacientes, a família e a instituição. O custo de cirurgia cancelada pode chegar de US\$1.430 a US\$1.700 para os hospitais americanos.

Segundo Gonçalves et al. (2010) pesquisando sobre gestão estratégica hospitalar e sua aplicabilidade em CC revelaram que o desperdício de custos implica em problemas em toda a estrutura de gestão e tal fato interfere na qualidade final dos

procedimentos, além da ocorrência de retrabalho, que gera desperdício de tempo, recursos humanos e recurso materiais. Os custos diretos envolvidos no cancelamento de cirurgias são: mão de obra (número em minutos dedicado de cada profissional para realizar as atividades), materiais (multiplicação do custo pelo consumo), custos indiretos como água e energia (por minuto de cirurgia) e custos relacionados ao centro de material e esterilização (CME), roupa entre outros.

A substituição de uma cirurgia agendada pode contribuir com o aumento dos custos hospitalares, uma vez que, não há como garantir que uma substituição seja igual a cirurgia agendada com relação ao: tipo, porte, complexidade, sala, e materiais necessários para sua realização (MORGAN; BERNADINO; WOLFF, 2010).

As alternativas para redução das taxas de cancelamentos e, conseqüentemente, dos custos gerados, podem estar aportados na comunicação eficaz, por meio do uso racional de dados controlados pela unidade CC; mapeamento do perfil de cirurgias e equipes operatórias; agendamento adequado de SO com controle do tempo cirúrgico; uso de meios e instrumentos para melhor planejamento de recursos, além do compromisso profissional (PINHEIRO et al., 2017).

3.4. Consequências do cancelamento de cirurgias

O impacto do cancelamento de cirurgias pode ser analisado sob três aspectos. O primeiro voltado ao paciente levado a frustração, desconfiança na equipe, estresse, ansiedade, e perda econômica para o indivíduo e a sociedade, uma vez que, o tempo maior de internação leva a um afastamento do trabalho, interferindo diretamente em sua renda, ou na perda do emprego. O segundo relacionado ao afastamento do convívio com a família, além do aumento dos custos com o deslocamento para o hospital, gastos com alimentação, interferindo na renda familiar (NASCIMENTO; TILLVTZ; FONSECA, 2013).

Por último, o terceiro aspecto, no que se refere a instituição, Garcia e Fonseca (2013) nos mostram que o cancelamento de cirurgias pode gerar diminuição dos procedimentos cirúrgicos, pois envolve a mobilização de um número considerável de recursos humanos especializados, além de expressiva quantidade de materiais e equipamentos de alta complexidade, trazendo implicações diretas no custo operacional e financeiro. Ao mesmo tempo, em que reflete negativamente no

atendimento aos pacientes, acarretando na perda da oportunidade de inclusão de outro paciente na programação cirúrgica.

Bezerra et al. (2015) realizaram estudo sobre a ocorrência de incidentes em determinado centro cirúrgico e revelaram que 34,6% de todos os eventos adversos ocorridos, estavam relacionados ao cancelamento de cirurgias justificados pelos motivos: equipe cirúrgica incompleta e pré-operatório incompleto, reafirmando que os cancelamentos cirúrgicos, quando acontecem, trazem prejuízos tanto para a instituição, quanto para o paciente. Gera aumento do tempo de internação, o que promove a continuidade do paciente em ambiente propício a riscos e, até mesmo, danos, com consequências psicológicas que, muitas vezes, não são comentadas nos estudos.

Também é possível destacar como consequências para a instituição, o desperdício de materiais esterilizados, insumos e a ocupação da sala operatória, pois, as cirurgias podem ser canceladas com o paciente em posição operatória. Dessa forma, os materiais disponibilizados para o procedimento são considerados contaminados e são desprezados; os profissionais escalados para auxiliar no procedimento permanecem ociosos, enquanto aguardam decisão médica, além da influência negativa no conceito de qualidade da instituição hospitalar (SÁ, CARMO; CANALE, 2011).

Destarte o cancelamento de cirurgias interfere no processo de trabalho da instituição, porquanto reduz os padrões de qualidade do serviço e aumenta os custos hospitalares. Além disso, pode gerar para os profissionais desgaste físico e estresse ocupacional (MOREIRA et al., 2016).

Deste modo, o planejamento administrativo torna-se etapa obrigatória para que os gestores das unidades de CC consigam alcançar seus objetivos e manter sua responsabilidade para com os pacientes, a família e a comunidade, uma vez que, o cancelamento de cirurgias implica tanto na perda de recursos humanos e recurso materiais quanto na falta de atendimento das necessidades de saúde dos pacientes assistidos pela instituição (BARBOSA et al., 2012).

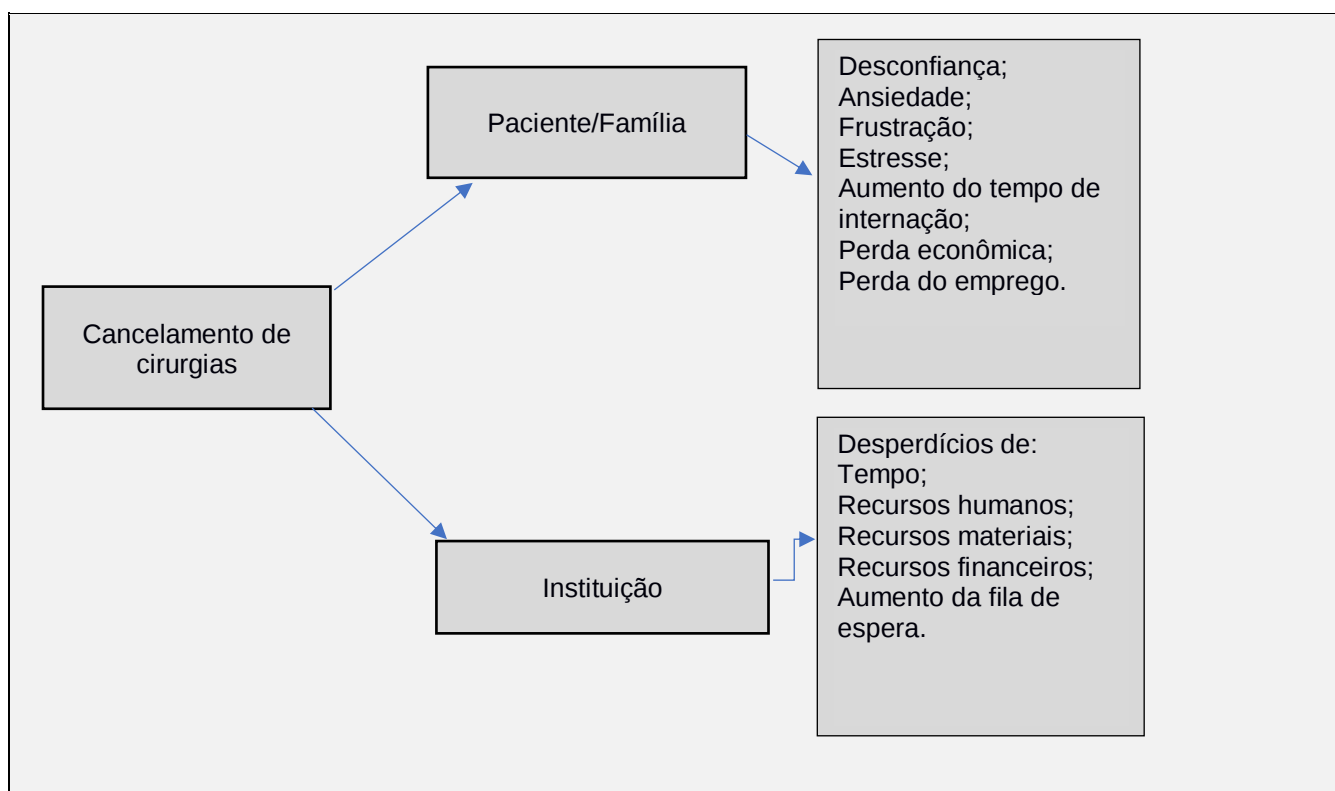


Figura 07: Impacto do Cancelamento de Cirurgias.

Fonte: Adaptado de (BEZERRA, et al., 2015, PERROCA; JERICÓ; FACUNDIM, 2007).

3.5. O Papel do enfermeiro na prevenção do cancelamento de cirurgias

A comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar de saúde pode influenciar diretamente no cancelamento de cirurgias. Uma vez que, com uma comunicação ineficaz, os membros da equipe põem-se em um ambiente favorável ao erro e à descontinuidade da assistência. A segurança do paciente não pode ser atribuída como responsabilidade de apenas uma categoria profissional, estando toda a equipe responsabilizada por preservar e promover essa segurança (BOHOMOL, 2013).

O profissional enfermeiro, como parte integrante da equipe multidisciplinar de saúde, tem papel fundamental nos processos decisórios na área assistencial e gerencial, tendo o cuidado com o paciente como foco principal de sua atuação, contudo para que estes processos ocorram de maneira adequada é necessário que estejam articulados ao planejamento e à avaliação, tendo como base a informação e a comunicação (ALPENDRE et al., 2017).

O paciente cirúrgico necessita de um rigoroso atendimento pré-operatório, minimizando assim o cancelamento de cirurgias e as complicações trans-operatórias, e, em grande parte das vezes, evitando que essas aconteçam. A avaliação da enfermagem no período pré-operatório deve ser completa e bem documentada porque propicia os dados de referência para comparação pós-operatória. A anamnese deve incluir uma avaliação social de papéis da família, sistemas de suporte e uma descrição do nível funcional habitual do paciente (SOBECC, 2017).

Uma vez que é de responsabilidade ética profissional de enfermagem preencher a lacuna identificada em relação à verificação de elementos de segurança antes de o paciente ser encaminhado ao CC, bem como, prever complicações pós-operatórias (ALPENDRE et al., 2017).

Diante do cancelamento de cirurgias, o profissional enfermeiro, tanto da unidade de internação quanto da unidade de CC, pode apresentar comportamentos de: passividade, inquietação, envolvimento e ações resolutivas como: certificar-se das causas do cancelamento e adotar medidas administrativas ou técnicas quando cabíveis, orientar o pessoal de enfermagem sobre os prejuízos que o cancelamento causa ao paciente, no sentido de não contribuir com o problema, conversar com o paciente explicando os motivos do cancelamento, tentando minimizar suas tensões e encorajar para nova marcação de cirurgia (VIEIRA; FUREGATO, 2001).

Segundo Àvila e Bochi (2013), o cancelamento de cirurgias pode ser considerado uma falha decorrente da falta de atendimento aos requisitos do planejamento administrativo da unidade de CC e suas repercussões incidem não apenas no paciente, como também, sobre a equipe de enfermagem em relação à operacionalização do trabalho, consumo de tempo, de recursos materiais e diminuição da qualidade da assistência.

A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) e de protocolos cirúrgicos nas unidades clínicas, bem como na unidade de CC são instrumentos que contribuem para melhoria dos processos e para reduzir a taxa de cancelamento de cirurgias, assegurando a qualidade da assistência para a recuperação da saúde dos pacientes (BARBOSA et al., 2012, SOBECC, 2017).

Sendo assim, o profissional enfermeiro tem o importante papel de evitar o cancelamento de cirurgias, por meio de uma assistência de enfermagem planejada, sistematizada e articulada com as demais equipes profissionais; além de elaborar um

plano administrativo eficiente (CAVALCANTE; PAGLIUCA; ALMEIDA, 2000, SOBECC, 2017).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, analítico com abordagem quantitativa, realizado na unidade de CC de um Hospital Público de Ensino, do município de Goiânia, Goiás, Brasil.

Estudo descritivo visa pontuar as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Esse tipo de investigação observa, registra, analisa e ordena dados, sem interferência do pesquisador, procurando descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas e relações com outros fatos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

O Hospital Público de Ensino, fonte dessa pesquisa, possui em média 235 leitos para internações clínicas e cirúrgicas, sendo o centro de referência pela prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais exclusivo para população do Sistema Único de Saúde (SUS) de diversas regiões brasileiras, em especial, o Centro-Oeste.

Este hospital é muito importante para o estado de Goiás, pela reconhecida qualidade da assistência que presta, sendo referência em diversas áreas, tanto em âmbito estadual quanto federal. Destacando-se no Núcleo de Neurociência, no Programa de Atendimento ao paciente Chagásico, na Liga de Hipertensão Arterial, no Centro Avançado de Diagnósticos da Mama (CORA), no Centro de Referência em Oftalmologia (CEROF), entre outros, além de apresentar muitos benefícios para a comunidade.

A missão desse hospital é promover assistência humanizada e de excelência à saúde do cidadão, integrando-se às políticas públicas de saúde, servindo de campo moderno e dinâmico para o ensino, pesquisa e extensão.

O CC está localizado no terceiro piso do hospital próximo CME e é constituído por 11 SO, e uma SRA, localizada dentro do CC. As cirurgias eletivas são realizadas no período das 07 às 19 horas, diariamente, de segunda a sexta-feira e aos sábados, pela manhã; nos períodos noturnos, finais de semana e feriados são realizadas cirurgias de urgência e emergência.

Na unidade de CC da instituição em estudo são realizadas aproximadamente 4.400 cirurgias por ano, dentre elas podemos citar as especialidades de cirurgia buco-maxilo-facial, coloproctologia, cardíaca, geral, ginecologia, mastologia, otorrinolaringologia, ortopedia, plástica, neurocirurgia, torácica, urologia e vascular.

A equipe cirúrgica que compõe os recursos humanos da unidade de CC é constituída por enfermeiros, técnico de enfermagem, instrumentador cirúrgico, cirurgiões, anestesilogista, residentes de diversas especialidades, equipe de apoio, equipe de higienização e limpeza.

4.2. Fontes de dados

Para levantar as informações referentes ao cancelamento de cirurgias, como fonte de dados desta pesquisa, foram utilizados, de forma complementar, os avisos de cirurgia, SCIH e o relatório de enfermagem, referentes às cirurgias realizadas e canceladas de caráter eletivo e de urgência e emergência.

Os dados foram constituídos por meio dos avisos cirúrgicos, que são fichas que contém informações do paciente, da cirurgia, dos Produtos para Saúde (PPS) e equipamentos que serão utilizados para realização da cirurgia, além das assinaturas dos responsáveis pelo agendamento cirúrgico.

Os motivos de cancelamento de cirurgias praticados pela unidade de CC estudada foram elaborados pelos gestores, por meio de observações da ocorrência dos fatos que eram registrados no aviso de cirurgia. Com o passar dos anos, foram sendo adaptados os motivos de cancelamento de cirurgias de acordo com a ocorrência dos mesmos, adequando a necessidade do serviço. Frente a essas observações e motivos de cancelamentos a unidade de CC apresentava no aviso cirúrgico e no SCIH 21 situações diferentes (FIGURA 09), as quais levavam ao cancelamento de cirurgias.

Após levantamento dos motivos de cancelamento de cirurgias, os mesmos foram analisados por cinco enfermeiras *expertises* na área de cirurgia e pesquisa, a fim de agrupar os 21 motivos da não realização do procedimento cirúrgico.

Após análise dos motivos de cancelamentos por meio das *expertises* na área, foram divididos os mesmos em dois indicadores: (1) indicadores estruturais, por exemplo, equipe cirúrgica incompleta; e (2) indicadores de processo, por exemplo,

mudança de conduta médica.

MOTIVOS DE CANCELAMENTO
1.Avanço de horário da cirurgia anterior
2.Equipe cirúrgica incompleta
3.Falta de anestesiológista
4.Falta de hemoderivados
5.Falta de material consignado
6.Falta de material específico/equipamento
7.Falta de material esterilizado
8.Falta de SO
9.Falta de vaga na UTI
10.Mudança de conduta médica
11.Paciente não internou
12.Paciente recusou o procedimento
13.Paciente sem condições clínicas
14.Problemas técnicos no CME
15.Problemas técnicos no CC
16.Procedimento já realizado
17.Pré-operatório incompleto
18.Substituição do paciente
19.Substituição por outra cirurgia de urgência
20.Óbito do paciente
21.Outros

Figura 08: Motivos enquadrados no Centro Cirúrgico do estudo frente ao cancelamento de cirurgias.
Fonte: Elaborado pela autora.

A fim de melhor compreender as descobertas desta pesquisa, construiu-se uma nova planilha eletrônica, na qual os dados foram contemplados de forma separada em motivos de cancelamentos por indicadores de estrutura e indicadores de processo e por motivos evitáveis ou não evitáveis (por exemplo: óbito do paciente) classificados e contemplados de forma adaptada por Beijnen et al. (2018).

Utilizou-se o referencial teórico de Beijnen et al., (2018), de forma adaptada a realidade da unidade de CC do estudo, para classificar os motivos de cancelamento de cirurgias em evitáveis e não evitáveis. Os motivos não evitáveis foram: óbito do

paciente, piora da condição clínica, após o aviso de cirurgia ter sido encaminhado ao CC. Como motivos evitáveis: as mudanças na condição clínica, que poderiam ter sido detectadas na avaliação e visita pré-operatória, bem como, as mudanças na programação cirúrgica.

MOTIVOS DE CANCELAMENTO	INDICADORES DE ESTRUTURA	INDICADORES DE PROCESSO	MOTIVO EVITÁVEL	MOTIVO NÃO EVITÁVEL
1.Avanço de horário da cirurgia anterior		X	X	
2.Equipe cirúrgica incompleta	X		X	
3.Falta de hemoderivados	X		X	
4.Falta de material consignado		X	X	
5.Falta de material específico /equipamento	X		X	
6.Falta de material esterilizado	X		X	
7.Falta de SO	X		X	
8.Falta de vaga na UTI	X		X	
9.Mudança de procedimento		X	X	
10.Paciente não internou		X	X	
11.Paciente recusou o procedimento		X	X	
12.Paciente sem condições clínicas no pré-operatório		X		
13.Paciente sem condições clínicas na SO				X
14.Problemas técnicos no CME	X		X	
13.Problemas técnicos no CC	X		X	
16.Procedimento já realizado		X	X	
17.Pré-operatório incompleto		X	X	
18.Substituição do paciente		X	X	
19.Substituída por outra cirurgia/urgência	X			
20.Óbito do paciente		X		X

Figura 09: Motivos enquadrados no Centro Cirúrgico do estudo frente ao cancelamento de cirurgias em relação aos indicadores de estrutura e processo, classificados como evitável e não evitável.

Fonte: Elaborado pela autora.

Por meio do aviso cirúrgico o enfermeiro constrói na véspera da cirurgia o mapa cirúrgico, que é um documento relativo ao agendamento das cirurgias, sendo planejado e elaborado mediante a entrega do aviso pela equipe médica até às 12h30 do dia anterior à cirurgia, na secretária do CC.

As informações do aviso cirúrgico são digitadas no Sistema de Controle de Internação Hospitalar (SCIH) e o mapa cirúrgico é construído e disponibilizado até as

16 h do dia anterior à cirurgia, e posteriormente é encaminhado, para as clínicas de internação do hospital, equipe de anestesia, equipe médica, equipe de enfermagem, equipe do CME, equipe das Unidades de Terapia Intensiva e banco de sangue.

A marcação de cirurgias segue o seguinte fluxo: (FIGURA 10).

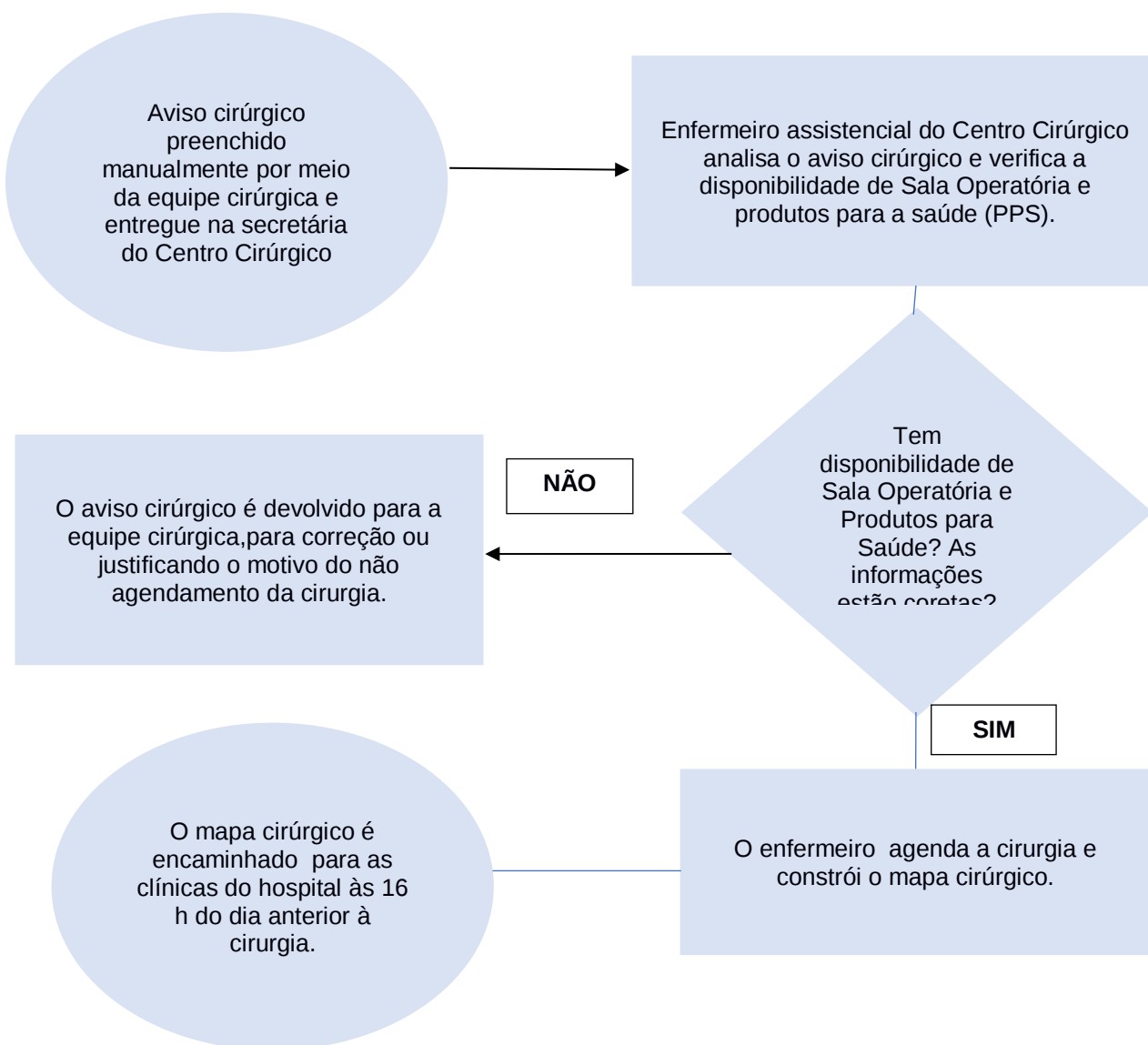


Figura 10: Fluxo de agendamento de cirurgia na unidade de Centro Cirúrgico.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3. Procedimentos de coleta de dados

As informações sobre os motivos de cancelamento de cirurgias foram coletadas entre maio e julho de 2017, referente ao ano de 2016, foi utilizado um instrumento de coleta de dados, elaborado pela autora, contendo a data da coleta, horário da

coleta, nome do paciente, prontuário, unidade de origem, data da cirurgia, especialidade, identificação do procedimento, turno do cancelamento, médico responsável pelo aviso de cirurgia, profissional responsável pelo cancelamento e motivo do cancelamento de cirurgia. Posteriormente os dados foram incluídos em uma planilha eletrônica (*Microsoft Office Excel*, versão 2010) para catalogar os dados documentais do período de janeiro a dezembro de 2016.

Os motivos de cancelamento de cirurgias deste estudo foram analisados e comparados em três etapas/momentos: 1) verificação dos motivos de cancelamento de cirurgias no SCIH. 2) verificação dos motivos de cancelamento de cirurgias dos avisos cirúrgicos impressos. 3) verificação dos motivos de cancelamento de cirurgias nos relatórios de enfermagem. Desta forma, o cotejo entre os avisos cirúrgicos impressos, o SCIH e os relatórios de enfermagem permitiram verificar eventuais faltas de avisos que poderiam ser extraviados, bem como, a correção dos dados lançados nesses avisos, no que se refere ao nome correto do paciente, data de cancelamento da cirurgia e especialidade cirúrgica. As informações que não foram coerentes tornaram-se objeto de busca minuciosa nos arquivos do CC, sendo, em sua maioria encontrados.

4.4. Critérios de Inclusão

Como critério de inclusão da busca dos dados, abordamos as 5.602 cirurgias que foram programadas, no ano de 2016.

4.5. Variáveis do estudo

As variáveis de caracterização dos cancelamentos cirúrgicos foram:

- a) Turno de suspensão cirúrgica: matutino (7h às 13h), vespertino (13h às 19h);
- b) Motivos de cancelamento: avanço de horário da cirurgia anterior, equipe cirúrgica incompleta, falta de hemoderivados, falta de material consignado, falta de material específico /equipamento, falta de material esterilizado, falta de SO, falta de vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mudança de procedimento, paciente não internou, paciente recusou o procedimento, paciente sem condições clínicas, paciente com piora das condições clínicas na SO, problemas técnicos no CME,

problemas técnicos no CC, procedimento já realizado, pré-operatório incompleto, substituição do paciente, substituição por outra cirurgia/urgência, óbito do paciente;

c) Motivos: evitáveis e não evitáveis;

d) Indicador dos motivos de cancelamento: estrutura, processo.

e) Especialidades médicas: Bucomaxilo, Cardíaca, Geral, Pediátrica, Plástica, Torácica, Vascular, Dermatologia, Ginecologia, Mastologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Proctologia, Urologia.

f) Sexo do paciente: masculino, feminino.

g) Classificação das cirurgias: eletivas e fora da programação.

h) Complexidade das cirurgias: alta complexidade, media complexidade.

4.6. Análise dos dados

Foi realizada análise descritiva dos dados categóricos em valores, frequências absolutas e relativas. Na análise estatística utilizou-se o teste de qui-quadrado para testar a dependência entre as variáveis ou a homogeneidade dos grupos em relação às proporções. Foi realizada, ainda, regressão logística para estimativa da razão de prevalência e seu respectivo intervalo de confiança (IC95%), por meio do software STATA® versão 14.0. O nível de significância utilizado para todos os testes foi de 5%.

4.7. Aspectos Éticos

O presente estudo está inserido em um projeto matriz, intitulado: “Assistência de enfermagem no perioperatório: foco na segurança do paciente”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), CAAE: 54981916.3.0000.5078 (Anexo 01).

5. RESULTADOS

Durante 2016, 5.602 (100%) procedimentos cirúrgicos, foram programados sendo estes eletivos e de urgência e emergência, constituindo em 4.423 (78,95%) cirurgias realizadas e 1.179 (21,05%) cirurgias canceladas (Figura 11).

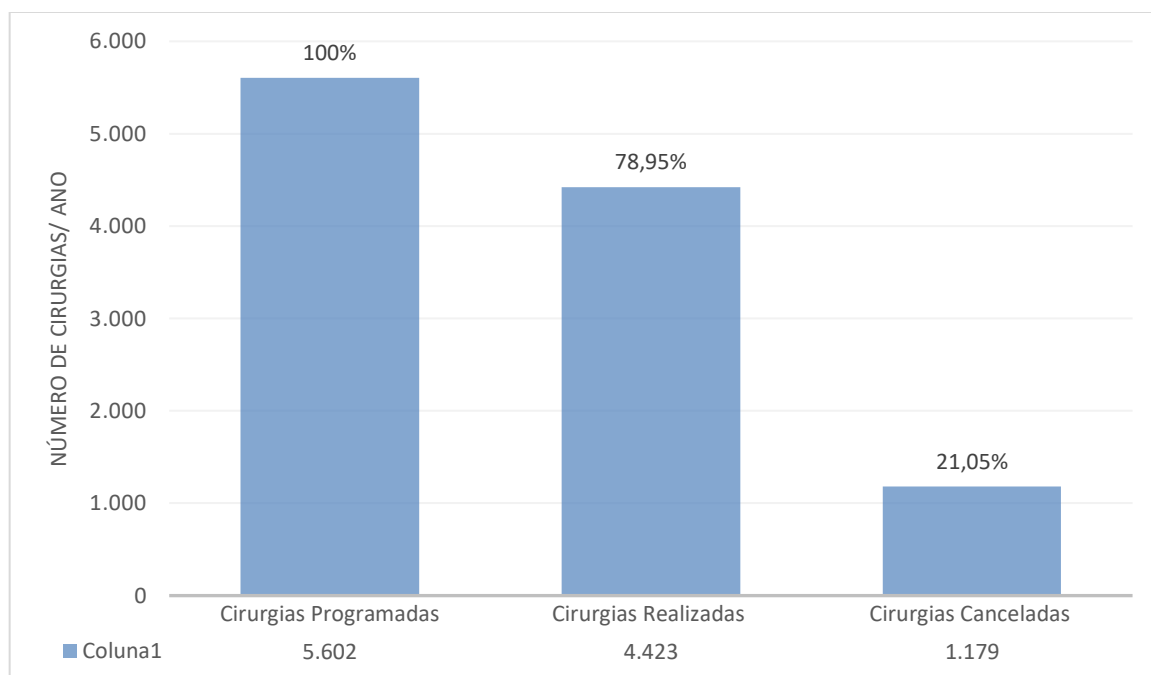


Figura 11. Número de cirurgias programadas, realizadas e canceladas em um hospital de ensino. (Goiânia-GO 2018).

FONTE: próprio autor.

Em relação a variável sexo, quando comparadas as cirurgias realizadas e canceladas, a pesquisa revelou que foram canceladas com maior frequência as cirurgias no sexo masculino 21,52% embora não haja grandes diferença entre o sexo masculino e feminino.

Em relação a variável turno de cancelamento notou-se que o período vespertino apresentou maior frequência de cancelamento, apesar de ter apresentado um número absoluto menor de cirurgias realizadas, o índice de cancelamento foi superior ao matutino.

Tabela 01: Taxa de cirurgias segundo gênero e turno de cancelamento (Goiânia-GO, 2018).

Taxa cirurgias		Realizadas		Canceladas	
Variáveis					
Gênero		n	(%)	n	(%)
Feminino		2172	(79,44)	562	(20,56)
Masculino		2251	(78,48)	617	(21,52)
Turno de Cancelamento					
Matutino		2332	(80,13)	578	(19,87)
Vespertino		1932	(76,61)	590	(23,39)
Noturno		159	(93,53)	11	(6,47)
TOTAL		4423	(100,0)	1179	(100,0)

Fonte: Próprio autor.

Observa-se ao relacionar o status cirúrgico (realizadas/canceladas) e a classificação (eletivas/fora da programação) que há maior proporção de cancelamentos entre as cirurgias eletivas (25,05 x 12,26 %, $p < 0,001$) e para a complexidade, a maior frequência foi para as de média complexidade (21,21%, $p = 0,040$), apesar de não ter um p significativo (Tabela 02).

Tabela 02: Características das cirurgias em um hospital de ensino (Goiânia-GO, 2018).

	Realizadas	Canceladas	*p-valor
Classificação	n (%)	n (%)	<0,001
Eletivas	2885 (74,95)	964 (25,05)	
Urgência/emergência	1538 (87,74)	215 (12,26)	
Complexidade			0,040*
Alta	625 (82,78)	130 (17,22)	
Média	3586 (78,79)	965 (21,21)	
Não se aplica	148 (3,25)	19 (0,41)	
Não foi possível identificar	64 (1,40)	65 (1,42)	
TOTAL	4423 (100%)	1179 (100%)	

*Valores apresentados em frequências absolutas e relativas. p-valor- teste de quiquadrado com 5% de nível de significância.

FONTE: próprio autor.

Realizamos a frequência da variável motivos de cancelamento de cirurgias e atentamos que, os motivos paciente não internou apresentou (20,19%), paciente sem

condições clínicas detectado no pré-operatório (14,59%), problemas técnicos do CME (7,46%), pré-operatório incompleto (7,13%) e mudança de procedimentos (5,77%) foram os que obtiveram maior ocorrência.

Tabela 03: Cancelamento de cirurgia, classificação dos indicadores e condições dos motivos, em um hospital de ensino (Goiânia-GO, 2018).

Motivos de cancelamento	n	%	Classificação dos Indicadores	Evitáveis	Não evitáveis
Paciente não internou	238	20,19	Processo	X	
Paciente sem condições clínicas no pré-operatório	147	12,46	Processo	X	
Problemas técnicos no CME	88	7,46	Estrutura	X	
Pré-operatório incompleto	84	7,13	Processo	X	
Mudança de procedimento	68	5,77	Processo	X	
Falta de material específico/equipamento	67	5,68	Estrutura	X	
Procedimento já realizado	62	5,26	Processo	X	
Equipe cirúrgica incompleta	61	5,17	Estrutura	X	
Falta de vaga na UTI	61	5,17	Estrutura	X	
Substituição do paciente	44	3,73	Processo	X	
Outros	45	3,82	-	X	
Substituída por outra cirurgia/urgência	39	3,31	Processo	X	
Falta de material esterilizado	39	3,31	Estrutura	X	
Avanço do horário da cirurgia anterior	27	2,29	Processo	X	
Paciente recusou procedimento	27	2,29	Processo	X	
Falta de material consignado	23	1,95	Processo	X	
Paciente sem condições clínicas na SO	22	1,86	Processo		X
Falta de SO	11	0,93	Estrutura	X	
Falta de hemoderivados	10	0,85	Estrutura	X	
Problemas técnicos no CC	10	0,85	Estrutura	X	
Óbito do paciente	3	0,25	Processo		X
Total	1179	100%			

Legenda: (CC) Centro Cirúrgico, (UTI) Unidade de Terapia Intensiva, (SO) Sala Operatória e (CME) Centro de Material e Esterilização.

FONTE: próprio autor.

Com maior frequência, foram canceladas cirurgias devido a problemas relacionados a indicadores de processo (67,35%) como por exemplo: paciente não internou, paciente sem condições clínicas, seguido por estrutura (32,65%) como: problemas técnicos no CME. E de modo significativo foram observados que os motivos evitáveis estavam relacionados à estrutura, enquanto que os não evitáveis estavam relacionados aos indicadores de processo ($p < 0,001$) (Tabela 04).

Tabela 04. Distribuição das cirurgias canceladas segundo sua condição (evitável e não evitável), em um hospital de ensino (Goiânia-GO, 2018).

	Cirurgias Canceladas	Motivos Evitável	Motivos Não Evitável	p-valor* <0,001
Indicador	n (%)	n (%)	n (%)	
Estrutura	385 (32,65%)	385 (32,65%)	0	
Processo	794 (67,35%)	769 (65,22%)	25	
TOTAL	1.179 (100%)	1.154 (97,87%)	25 (2,13%)	100%

*p-valor obtido por meio do teste de qui-quadrado com nível de significância de 5%.

FONTE: próprio autor.

A variável de cancelamento de cirurgia referente as especialidades cirúrgicas apresentaram com maior frequência; 30,79% ortopedia, 16,11% otorrinolaringologia e 15,35% cirurgia geral, e com menor frequência as especialidades; 0,08% dermatologia, 0,76% nefrologia e 0,85% cirurgia cardíaca. As cirurgias realizadas totalizaram em 4.423, contudo; realizamos uma análise comparativa das cirurgias que foram realizadas, canceladas e as especialidades cirúrgicas, em que resultamos em um valor de $p < 0,001$, demonstrando uma significância estatística, quando calculado utilizando o teste qui-quadrado (Tabela 05).

Tabela 05: Distribuição das cirurgias realizadas/canceladas segundo as especialidades, em um hospital de ensino (Goiânia- GO, 2018).

Especialidades Cirúrgicas	Cirurgias Realizadas	Cirurgias Canceladas
Especialidade	p-valor* = <0,001	
Bucomaxilo	86 (1,94)	20 (1,70)
Cardíaca	133 (3,01)	10 (0,85)
Geral	581 (13,14)	181 (15,35)
Pediátrica	85 (1,92)	13 (1,10)
Plástica	204 (4,61)	93 (7,89)
Torácica	73 (1,65)	24 (2,04)
Vascular	263 (5,95)	75 (6,36)
Dermatologia	10 (0,23)	01 (0,08)
Ginecologia	342 (7,73)	39 (3,31)
Mastologia	143 (3,23)	14 (1,19)
Nefrologia	44 (0,99)	09 (0,76)
Neurocirurgia	90 (2,03)	47 (3,99)
Oftalmologia	02 (0,05)	0
Ortopedia	1379 (31,18)	363 (30,79)
Otorrinolaringologia	536 (12,12)	190 (16,11)
Proctologia	187 (4,23)	32 (2,71)
Urologia	265 (5,99)	68 (5,79)
Total	4.423 (100%)	1.179 (100%)

*p-valor obtido por meio do teste qui-quadrado.

FONTE: próprio autor.

Foi realizado ainda, a análise de regressão logística estimando a razão de prevalência em relação as cirurgias realizadas/canceladas e verificou-se que a prevalência de cancelamento é significativamente maior nas especialidades de plástica (RP: 1,66 (1,02 – 2,69)) p -valor= 0,040 e neurocirurgia (RP: 1,79 (1,05 – 3,03)) p -valor= 0,029.

Entretanto, os resultados que mostraram significância menor na prevalência de cancelamento de cirurgia, foram as especialidades de ginecologia (RP: 0,54 (0,32 – 0,93)) p -valor: 0,026, mastologia (RP: 0,47 (0,24 – 0,93)) p -valor: 0,031 e cardíaca (RP: 0,37 (0,17 – 0,79)) p -valor= 0,010 (Tabela 06).

Tabela 06: Número absoluto e relativo e razão de prevalência das especialidades cirúrgicas, em um hospital de ensino (Goiânia- GO, 2018).

Especialidades Cirúrgicas	Cirurgias Canceladas	Frequência	Razão de Prevalência (IC 95%)	p-valor*
Bucomaxilo	20	1,70	1,00	—
Cardíaca	10	0,85	0,37(0,17-0,79)	0,010**
Geral	181	15,35	1,26(0,79-1,98)	0,347
Pediátrica	13	1,10	0,70(0,35-1,41)	0,323
Plástica	93	7,89	1,66(1,02-2,69)	0,040**
Torácica	24	2,04	1,31(0,72-2,37)	0,371
Vascular	75	6,36	1,18(0,72-1,92)	0,519
Dermatologia	01	0,08	0,48(0,06-3,59)	0,476
Ginecologia	39	3,31	0,54(0,32-0,93)	0,026**
Mastologia	14	1,19	0,47(0,24-0,93)	0,031**
Nefrologia	09	0,76	0,90(0,41-1,98)	0,793
Neurocirurgia	47	3,99	1,79(1,05-3,03)	0,029**
Ortopedia	363	30,79	1,09(0,70-1,73)	0,673
Otorrinolaringologia	190	16,11	1,38(0,87-2,19)	0,168
Proctologia	32	2,71	0,79(0,44-1,35)	0,372
Urologia	68	5,79	1,08(0,66-1,78)	0,756
Total	1.179	100		

Valores apresentados em frequência absoluta e relativa.

*p-valor obtido por meio da regressão logística

** prevalência menor ou maior comparado com a especialidade de Bucomaxilo.

FONTE: próprio autor.

Tabela 07: Frequência dos motivos de cancelamento de cirurgias /especialidades, relatados pela equipe médica em um hospital de ensino (Goiânia-GO 2018).

	Geral	GO	Ortopedia	ORL*	Urologia
Motivos	<i>p</i> - valor * <0,001				
Paciente não internou	40(38,10)	4(13,79)	22(11,00)	90(57,69)	10(29,41)
Problemas técnicos da CME	9(8,57)	6(20,69)	49(24,50)	5(3,21)	2(5,88)
Paciente sem condições clínicas	37(35,24)	12(41,38)	35(17,50)	25(16,03)	7(20,59)
Falta de material específico	2(1,90)	2(6,90)	36(18,00)	13(8,33)	3(8,82)
Pré-operatório incompleto	11(10,48)	4(13,79)	26(13,00)	12(7,69)	4(11,76)
Mudança de procedimento	6(5,71)	1(3,45)	32(16,00)	11(7,05)	8(23,54)
Total	105	29	200	156	34

Legenda: (GO) Ginecologia e (ORL) Otorrinolaringologia.

* *p*-valor- teste de qui-quadrado com 5% de nível de significância.

FONTE: próprio autor.

A seleção dos seis principais motivos de cancelamento e as cinco especialidades que mais cancelaram procedimentos em 2016 resultaram na tabela 07. Nesta, chama a atenção a frequência de cancelamento de cirurgias pela especialidade otorrinolaringologia ocasionada por não internação do paciente, o que representa mais da metade dos cancelamentos dessa especialidade. Podemos destacar que os cancelamentos por ausência de condições clínicas na ginecologia, problemas técnicos no CME para a ortopedia e mudança de procedimento para a urologia, apresentaram significância estatística com $p < 0,001$ (Tabela 07).

6. DISCUSSÃO

Esta investigação permite uma reflexão quanto às atuações e consequências significativas dos cancelamentos de cirurgias. Viabiliza um processo de transformação do cotidiano dos centros cirúrgicos de modo a contribuir para construção de um saber que venha colaborar para o alcance de novas práticas que apontem para a minimização das perdas de receita e desperdício de recursos. Além de tratar de forma mais humanizada as importantes implicações psicológicas, sociais e financeiras que envolvem os pacientes e suas famílias (DIMITRIADIS; LYER, 2013).

Ressalta-se o detalhamento de algumas variáveis, tal como o sexo, o qual o presente estudo demonstrou ter sido mais frequente o cancelamento de cirurgias para o masculino. Esse resultado é compatível com outros trabalhos que não encontraram grandes diferenças nesta distribuição (BARBOSA et al., 2012, BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015).

Uma outra variável importante avaliada foi o turno referente ao cancelamento. Apesar do vespertino ter apresentado, neste trabalho, um número absoluto menor de cirurgias realizadas, o índice de cancelamento foi superior ao matutino. O turno matutino em hospitais de ensino possui a presença maior de staffs e acadêmicos, corroborando com os dados semelhantes de Barbosa et al. (2012).

O período vespertino deve ser alvo de preocupações quanto aos cancelamentos, pois não é incomum que nesse horário conta-se com um número menor de recursos humanos, cabendo aqui elencar as graves consequências que esses cancelamentos geram, uma vez que, levam à subutilização das salas operatórias. Afetam a produtividade da equipe de profissionais, dentre eles o cirurgião, causam sofrimentos emocionais, que podem vir a agravar o estado de saúde do paciente, como o estado de ansiedade, sem contar nos custos adicionais ao paciente, à família e à instituição (YU et al., 2017).

Cabe salientar alguns dados comparativos importantes neste estudo, já que as cirurgias eletivas, do hospital foco desta pesquisa, foram as que tiveram maior frequência de cancelamentos, 964 (25,05%), em relação às cirurgias de urgência e emergência, 215 (12,25%). Quanto às cirurgias de média complexidade, o carro chefe dessa instituição, houve também a maior frequência de cancelamentos, o que retrata uma fragilidade nos retornos financeiros ao serem cancelados. Esse dado deve ser melhor observado à luz de soluções a curto prazo, tal como constatado em estudo

dos fatores relacionados à suspensão de cirurgias na cidade de Fortaleza, no Ceará (LANDIM et al., 2009).

Inquestionavelmente, encontrar uma taxa de cancelamento geral de 21,05% traduz um indicador de baixa qualidade do serviço e ineficiência das salas operatórias. Em outros estados brasileiros, essas taxas também foram observadas em hospitais de Ensino de ensino de São Paulo, no ano de 2012, e Rio de Janeiro, em 2016, 21,92% e 21,02%, respectivamente (MAGRI et al., 2012, SAMPAIO; GONÇALVES; SEABRA JUNIOR, 2016).

Entretanto, quando comparadas com pesquisas internacionais, observa-se que as taxas são superiores às encontradas em hospitais de ensino brasileiros, como a experiência no Reino Unido, no ano de 2012, que revelou taxa de cancelamento de cirurgias de 5,19% (DIMITRIADIS; LYER; EVGENIOU, 2013). Enquanto nos Estados Unidos, em 2016, ao analisar os casos de cancelamento de cirurgias cardíacas, por exemplo, em um hospital universitário, mostrou-se que de 5.110 cirurgias realizadas foram cancelados apenas 43 casos, taxa de 0,84% (FITZSIMONS et al., 2016). Na Ásia, a Árabia Saudita apresenta uma taxa de cancelamento de 11,11%, segundo Fayed et al. (2016).

Não há consenso na literatura sobre taxa de cancelamento geral aceitável, todavia, Macário et al., (2006) recomendam que seja inferior a 5%. Comparando os dados desta pesquisa com a literatura supracitada, verifica-se que a taxa de cancelamento de cirurgias no hospital em estudo está aquém dos parâmetros recomendados. Tal constatação é preocupante por gerar consequências, custos, dificultar o acesso da população, em procedimentos que já tem uma ineficiente lista de espera. Assim sendo, qualquer redução nas taxas de cancelamento de cirurgias tem o potencial para minimizar desperdícios (ABELDAÑO; COCA, 2016).

Pelo Brasil, os estudos que pesquisam o fenômeno do cancelamento de cirurgias apresentam resultados que variam entre 6,79% (SANTOS; BOCCHI, 2017) a 30,06% (MORAES et al., 2017). Concorde-se com Carvalho et al. (2016), que considerando as repercussões aos usuários e instituições hospitalares é de fundamental importância que o Brasil equilibre essas percentagens, a exemplo de outros países, investindo em estratégias que gerem a redução dessas taxas.

Sob essa lógica, a despeito da diversidade de motivos que geram os cancelamentos, a discussão sobre as possíveis abordagens que apontam soluções

do problema, parecem demonstrar uma luta para se encontrar um meio de abrandar a falta de organização no planejamento e na rotina cirúrgica (MACEDO et al., 2013), efeito negativo nos recursos da sala de operação e incidentes adversos (LESLIE et al., 2013); angústia (FAYED et al., 2016) e falta de eficiência (SANTOS; BOCCHI, 2017). É indubitável a necessidade de redução das taxas de cancelamento de cirurgias, a alternativa, segundo Pinheiro et al., (2017), está na prática urgente de auditorias internas regulares, como parte de atividades de gerenciamento de qualidade, na perspectiva de melhorias projetadas estrategicamente.

Um meio de atingir a qualidade e contribuir para a atenuação dessa problemática são os corretos registros e utilização dos indicadores. Caesar et al., (2014) apontam a pluralidade de categorias de pessoal responsáveis pelo sistema de planejamento cirúrgico como dificuldade levando a diferentes pontos de vista e um agrupamento inconsistente.

Appavu et al., (2016) atentam que do ponto de vista do gerenciamento de qualidade, uma baixa taxa de cancelamento de cirurgias é um indicador justo do uso eficiente de uma sala operatória, bem como dos recursos financeiros do hospital. Moraes et al., (2017), destacam que investigar o tema como um indicador de qualidade é fundamental, pois permite que os profissionais avaliem e analisem os aspectos relevantes ao atendimento, bem como o cuidado prestado.

Esse cenário, descortina o conceito de indicadores, enquanto ferramentas avaliativas de desempenho que vem emergindo e mostrando a necessidade de intervenções, que se tornem amplamente visíveis. Fatos semelhantes aos encontrados neste estudo, em que 97,87% dos cancelamentos foram considerados previstos e evitáveis, uma vez que estavam relacionados aos processos de trabalho e, por isso, com soluções ao alcance da instituição aqui mensurada. Considera-se que os estudos de Amaral (2017) possam contribuir para um olhar mais elucidativo quanto aos cancelamentos evitáveis, já que esse atentou para achados literários que revelam que quando se discute qualidade em serviços de saúde, conforme já citado anteriormente, o cancelamento de cirurgias é um referencial de qualidade. Donabedian, médico, estudioso dessa área específica - sendo importante considerar um dos principais arcabouços da temática da qualidade - propôs à imprescindível tríade: estrutura, processo e resultado.

Acerca do processo de trabalho e os resultados desta pesquisa na abordagem do indicador de qualidade “Taxa de cancelamento de cirurgias”, atentou-se que os três principais motivos de cancelamentos encontrados neste estudo foram: o não comparecimento do paciente ou paciente não internado, seguido de paciente sem condições clínicas e problemas técnicos no Centro de Material Esterilizado (CME).

O primeiro motivo, em que há o absenteísmo do paciente como principal razão de cancelamento de cirurgias, é semelhante ao apontado por pesquisas realizadas em instituições de ensino de cidades do sudeste do Brasil, nas quais mostram percentuais de 18,02% (ÁVILA; BOCCHI, 2013), 18,05 % (MACEDO et al., 2013) e 33,08% (SODRÉ; FAHL, 2014). Trazem como propostas para minimizar o absenteísmo: a confirmação da presença do paciente por telefone, na antevéspera da cirurgia; a realização da busca ativa e/ou de modificações no sistema de agendamento e melhor gerenciamento dos fluxos das agendas cirúrgicas, respectivamente.

Fatos semelhantes também ocorrem nos estudos realizados na Jordânia, visto que as razões do cancelamento de cirurgias apresentaram o índice de 62,57% dos casos representados pelo não comparecimento do paciente (ABEELEH et al., 2017); já na Arábia Saudita, esse índice chega a 27%. Nesses casos, do mesmo modo, mostrou-se clara a importância das ligações aos pacientes na véspera da cirurgia para confirmar a presença no dia do procedimento (FAYED et al., 2016).

O segundo motivo de maior frequência de cancelamento foi o fator paciente sem condições clínicas, com frequência de 14,08%. Assim como, no estudo realizado nos Estados Unidos, com pacientes de cardiologia, para analisar os motivos de cancelamento desta especialidade, revelou-se que 70,02% dos cancelamentos de cirurgias eram devido à mudança nas condições clínicas do paciente. A exemplo, e, também, com base nessas pesquisas norte-americanas, o hospital de ensino deste trabalho, poderia adotar as várias recomendações para reduzir esta taxa, como: anamnese e exame físico atualizados, além de inspeção direta da pele e local da incisão, antes do paciente entrar na sala operatória, tendo todos os exames laboratoriais revisados na visita pré-operatória (FITZSIMONS et al., 2016). Esses procedimentos certamente aumentariam a qualidade dos serviços prestados na instituição aqui analisada.

Referente ao terceiro motivo de cancelamento mais frequente nesta pesquisa, problemas técnicos no CME (7,4%), acredita-se que se estabeleceu em caráter

peculiar e pontual, pois o hospital enfrentava problemas de ordem estrutural, no que se refere aos equipamentos de esterilização, nos meses de janeiro e fevereiro de 2016. Situação extremamente delicada, em razão da importância das atividades realizadas neste setor que garante a segurança dos pacientes, atentando que a falta de condições de trabalho leva a queda de qualidade da assistência à saúde, e da garantia das vidas ali operadas (VIEIRA; KUCGANT, 2010).

Porém, relatos como estes foram encontrados em outras investigações, como na África, em que os principais motivos de cancelamento foram a escassez de água no CME devido a limitações de infraestrutura, apresentando uma frequência de 84,8% (PRIN et al., 2017). Trata-se de um motivo evitável, quando o pensamento a ser disseminado nas práticas de cirurgias são os agendamentos, que permite proceder com *check-list* e agir a tempo de operar com soluções que não adiem ou cancelem as cirurgias.

Nesta investigação ocorreu maior predominância de cancelamentos de cirurgias nos procedimentos ortopédicos (30,79%), seguidos das cirurgias de otorrinolaringologia (16,11%) e de cirurgia geral (15,35%). Estudos realizados em hospitais semelhantes e com a mesma finalidade de avaliação evidenciaram resultados semelhantes (PERROCA; JERICÓ; FACUNDIM, 2007; MACEDO et al., 2013, BOHER et al., 2017). Esta realidade também foi encontrada em 25 hospitais da Arábia Saudita, durante o ano de 2013, apresentando que a especialidade de ortopedia foi responsável pelo maior número de cancelamentos (33,8%) (DHAFAR et al., 2015).

Chega-se, ao momento desta pesquisa, em que há um divisor de águas, pois nos dados levantados anteriormente, tratava-se de cancelamentos cirúrgicos cuja frequência embora fosse maior, se pensados do ponto de vista das especialidades, apresentavam menos riscos de cancelamento, porém os dados que serão apresentados agora já se tem um histórico de prevalência de maior número de riscos de cancelamentos por se tratarem de cirurgias nas especialidades da plástica e da neurocirurgia. Neste estudo, obtive-se os seguintes resultados: plástica com (RP: 1,66 (1,02 – 2,69) e neurocirurgia com (RP: 1,79 (1,05 – 3,03). Corroborando com esses dados encontrados, no tocante a neurocirurgia, o hospital universitário localizado no interior do Paraná da mesma forma mensurou maior prevalência para o cancelamento desse procedimento (PINHEIRO et al., 2017).

Aspecto que merece destaque é o fato do hospital de ensino ter dificuldade na gestão do agendamento das cirurgias, ainda manual, sem um controle, gerando cancelamentos relacionados ao pré-operatório incompleto, mudança de procedimento, procedimento já realizado, equipe cirúrgica incompleta, substituição do paciente, e avanço do horário da cirurgia anterior. Esses somam 346 casos de todos os motivos de cancelamentos relacionados a esse fator, semelhante ao estudo de Perroca, Jericó, Facundim (2007).

A gestão manual dos agendamentos permite que o processo de agendamento de cirurgia fique suscetível a erros. É comum observar agendamentos inadequados, número maior do que a capacidade da especialidade e das salas operatórias para assegurar vaga, apesar da escala por especialidade previamente acordados. Essas situações foram observadas em outras pesquisas de hospitais de ensino (PERROCA; JERICÓ; FACUNDIM, 2007; LANDIM et al., 2009; MORGAN et al., 2010).

Destaca que, a substituição do paciente no dia da cirurgia, sem levar em consideração o tipo, porte e complexidade, sala e materiais necessários para realização do procedimento, além dos diversos danos causados ao paciente substituído. Implicando em aumento de custos hospitalares devido à ocupação do leito, sala operatória, desperdício de material esterilizado e o tempo gasto pelo pessoal envolvido no preparo de material e sala cirúrgica (PARANAGUÁ et al., 2013).

Ante ao exposto, ainda que, segundo Carvalho et al., (2016), a frequências das causas de cancelamento de cirurgias são diferentes e dependem da realidade de cada instituição, os problemas encontrados são comuns e devem ser monitorados por meio de indicadores com a função de subsidiar o planejamento e a avaliação das ações de melhoria. Pinheiro et al., (2017) sugerem que as medidas a serem tomadas para a redução da taxa de cancelamento devem ser exercidas de forma austera e ter um cunho administrativo, envolvendo todos os integrantes do processo, a começar pela direção do hospital e, na sequência, ao corpo de médicos cirurgiões, anestesiólogistas, com enfoque àqueles que contribuem mais frequentemente para o aumento da taxa de cancelamento de cirurgias.

O enfermeiro destaca-se na área de gestão de CC, podendo contribuir na prevenção e redução dessas frequências de cancelamento (PINHEIRO et al., 2017). Porquanto, esse profissional é de fundamental importância nas visitas pré-operatórias tendo como suporte a SAEP, ferramenta assistencial capaz de contribuir na prevenção

de cancelamentos. Cabe-lhe identificar e analisar as necessidades individuais do paciente que será submetido ao procedimento cirúrgico diminuindo os riscos inerentes ao ambiente do CC e da sala de recuperação anestésica, além de assegurar a qualidade da assistência (SOBECC, 2017).

As medidas de intervenção emergidas do referencial teórico contido no estudo remetem à reflexão de Moraes et al., (2017) sobre o fato que o importante não é apenas quantificar os cancelamentos cirúrgicos, mas também qualificá-los identificando seus motivos, os profissionais envolvidos, para dessa forma permitir a elaboração de estratégias de acordo com a realidade de cada instituição.

7. CONCLUSÃO

O perfil de cancelamento de cirurgias no hospital público de Ensino revela uma taxa de 21,05% de cirurgias canceladas sendo a maioria do sexo masculino, no turno vespertino, as cirurgias canceladas com maior frequência foram as eletivas e de média complexidade.

Quanto aos motivos de cancelamento foram revelados como principais: paciente não internado, sem condições clínicas e problemas técnicos no CME.

Constatou-se que os processos de trabalho foram relacionados à maioria dos cancelamentos cirúrgicos, por conseguinte, considerados evitáveis.

No tocante às especialidades cirúrgicas com maior frequência de cancelamento, destacaram-se: ortopedia, otorrinolaringologia e a cirurgia geral. As especialidades com maior prevalência para o cancelamento foram a cirurgia plástica e neurocirurgia.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores da taxa de cancelamento de cirurgias nos permitem conhecer as áreas de oportunidades de intervenções para melhorias. Frente à análise dessa taxa, os motivos relacionados aos processos, seguido dos relacionados a estrutura compuseram as causas de cancelamento de cirurgias na instituição estudada.

Frente ao outro motivo de cancelamento de cirurgias, a falta de condições clínicas, poderia ser evitada ou diminuir a frequência na taxa, caso fosse realizada uma avaliação pré-anestésica. A reestruturação do serviço de anestesia já existente poderia acelerar as melhorias.

Prever um possível cancelamento de cirurgias e evitá-lo, seja em hospital público ou privado, significa atendimento de mais pacientes que necessitam de procedimento cirúrgico, prevenção de EA que afetam a segurança do paciente, além da diminuição de custos para a instituição.

Gerenciar a melhor forma de evitar o cancelamento das cirurgias, apesar de ser um desafio aos profissionais da assistência e gestores hospitalares, evita repercussões negativas provocadas pelos cancelamentos para o paciente e família e a própria instituição.

A criação de um grupo multiprofissional, com a participação de cirurgiões, anesthesiologistas, setor de suprimentos, enfermeiros e gestores, poderia auxiliar no agendamento seguro das cirurgias, prevenindo cancelamentos.

A implantação de um indicador de taxa de cancelamento de cirurgias e o monitoramento do mesmo, auxiliado por ferramentas de gestão e pelo entendimento da corresponsabilidade dos envolvidos, aumenta a possibilidade na resolução de eventos indesejáveis, além da prevenção de eventos adversos, o que subsidia o planejamento contínuo de melhorias e aumento na segurança dos pacientes.

As limitações do estudo estão relacionadas ao uso de dados secundários, fator desafiador sobre a análise das informações disponibilizadas no aviso cirúrgico. Recomenda-se a partir desta pesquisa novos estudos de intervenção que viabilizem a gestão por processos neste setor de assistência. Salienta-se que o acompanhamento das etapas do itinerário cirúrgico e a análise dos 5.603 avisos de cirurgia para a coleta de dados referente a este projeto trouxe-se à tona reflexões sobre os processos de trabalho, já repercutindo em várias mudanças. A exemplo da

notificação dos cancelamentos de cirurgias, como eventos adversos junto ao Núcleo de Segurança do paciente da instituição, por meio de notificação no sistema VIGIHOSP, considerando produto deste.

REFERÊNCIAS

- Abeeleh MA, Tareef TM, Hani AB, Albsoul M, Samarah OQ, ELMonhtaseb MS et al. Reasons for operation cancellations at a teaching hospital: prioritizing areas of improvement. *Annals of Surgical Treatment and Research*. 2017;93(2):65-69. doi:10.4174/astr.2017.93.2.65. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/288358811>
- Abeldaño RA, Coca YSM. Tasas y causas de suspensión de cirurgías em um hospital público durante el año 2014. *Enfermería Universitária*. 2016;13(2):107-113. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200107
- Alpendre TF, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva, AEBC, Santos GS. Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório. *Rev Latino- Am Enfermagem*. 2017;25(e2907):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692017000100357&script=sci_arttext&lng=pt
- Amaral JAB, Spiri WC, Bocchi SCM. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *Rev SOBECC, São Paulo*. 2017;22(1):42-51. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/117>
- Amato ACM. Breve histórico da cirurgia. *Tratado de clínica cirúrgica*. [Internet]. São Paulo; 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303042733_Breve_Historia_da_Cirurgia
- Appavu ST, Al-Shekaili SM, Al-Sharif AM, Elawdy MM. The Burden of Surgical Cancellations and No-Shows: Quality management study from a large regional hospital in Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2016;16(3):e298-e302. doi:10.18295/squmj.2016.16.03.006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27606108>
- Arrabal-Polo MA, Cano- Garcia CM, Parra M, Gómez P, Egea A, Oller PJ et al. Optimization and improvement of surgical indicators in theurology department of regional hospital of the ministry of helath of the junta de Andalucia. *Arch Esp Urol*. 2015;68(8):661-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26437329>
- Associação Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. SOBECC, Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização. 7ª edição. São Paulo, 2017.

Ávila MAG, Bocchi SCM. Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo. Rev. Enferm. USP. 2013;47(1):193-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a24v47n1.pdf>

Barbosa MH, Miranda GDM, Vieira AE, Mattia A. Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente. Enferm Global. 2012;11(26):164-73. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eq/v11n26/pt_administracion2.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Introdução à Segurança do paciente e qualidade. Módulo 1. Organização Pan-Americana da Saúde, 2016.

Beijnen UEA, Noonan Caillouette C, Flath-Sporn SJ, Maclellan RA, Sanchez K, Labow BI et al. Factors Associated with Late Surgical Cancellations in Pediatric Plastic and Oral Surgery. Ann Plast Surg. 2018 Apr;80(4):412-415. doi:10.1097/SAP.0000000000001262. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29166312>

Bezerra WR, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Bernardes MJC, Teixeira CC. Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. Rev. Enf [Internet]. 2015;17(4). Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a15.pdf>

Bohomol E, Tartali JA. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2013;26(4):376-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002013000400012&script=sci_abstract&tlng=pt

Bohrer CD, Marques LGS, Rigo DFH, Borges F, Vasconcelos RO, Bugs VT et al. Causas de cancelamento cirúrgico em um hospital de ensino. Rev. Gestão & Saúde (Brasília) Vol. 08, n. 03. 2017. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/24123>

Botazini NO, Toledo LD, Souza DMST. Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas. Rev. SOBECC. 2015;20(4):210-219. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n4/210-219.pdf>

Caesar U, Kalsson J, Olsson LE, Samuelsson K, Hansson-Olofsson E. Incidence and root causes of cancellations for elective orthopaedic procedures: a single center experience of 17,625 consecutive cases, Patient Safety in Surgery. 2014;8(1):24. Disponível em: <https://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1754-9493-8-24>

Carvalho TA, Sobral CB, Marinho PML, LLapa-Rodrigues EOO, Campos MPA. Suspensão de cirurgias em um hospital universitário. Rev SOBECC, 2016; 21(4):186-191. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/46>

Cavalcante JB, Pagliuca LM, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. Rev Lat Am Enfermagem. 2000; 8(4):59-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12385.pdf>

Chiu CH, Lee A, Chui PT. Cancellation of elective operations on the day of intended surgery in a Hong Kong hospital: point prevalence and reason. Hong Kong Med J. 2012; 18:5-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22302904>

CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar; CQH São Paulo. 3. Caderno de Indicadores CQH. São Paulo; 2009. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=127

Dimitriadis PA, Ilyer S, Evgeniou E. The challenge of cancellations on the day of surgery. Inter J Surgery. 2013; 11(10):1126-30. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24035905>

Dhafar KO, Ulmalki MA, Felemalki MA, Felemban MA, Mahfouz ME, Baljoon MJ et al. Cancellation of operations in Saudi Arabian hospitals: Frequency, reasons and suggestions for improvements. Park J Med Sci. 2015; 31(5):1027-1032. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4641249/>

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992; 18(11):356-60. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0097599016305607?via%3Dihub>

Duarte IG, Ferreira DP. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. RAS. 2006; 8(31):63-70.

Fayed A, Elkouny A, Zoughabi N, Wahabi HA. Elective surgery cancelation on day of surgery: An endless dilemma. Saudi j Anaesth. 2016; 10(1):68-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4760047/>

Ferreira OV. Acerca dos conhecimentos de medicina e de cirurgia na antiguidade.[internet]. Lisboa; 1969. Disponível em: http://www.patrimoniocultural.gov.pt/static/data/publicacoes/o_arqueologo_portugues/serie_3/volume_3/conhecimentos_medicina.pdf

Fitzsimons MG, Dilley JD, Moser C, Walker JD. Analysis of 43 intraoperative cardiac surgery case cancellations. J Cardiothoracic Vasc Anesth. 2006; 30(1):1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26597766>

Fixler T, Wright JG. Identification and use of operating room efficiency indicators: the problem of definition. *Can J Surg.* 2013;56(4):224–6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3728239/>

Galdino SV, Reis BEM, Santos CB, Soares FP, Lima FS, Piedade MACR *et al.* Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. *Ver Gest Saúde.* 2016;7(supl 1):1023-57. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22005/0>

Garcia ACKA, Fonseca LF. A problemática da suspensão cirúrgica: a perspectiva do anestesiológico. *Rev Enferm. UFPE on line.* 2013;7(2):481-90.

Gaspar AF, Martone D, Carraro DC, Ferreira GSA, Ferreira- Filho JA, Cardoso R *et al.* Impacto da implantação de um novo modelo de gestão embasado em indicadores no bloco cirúrgico de um hospital universitário terciário. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2015;48(1):33-40. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/96842>

Gheysari E, Yousefi H, Soleymani H, Mojdeh S. Effect of six sigma program on the number of surgeries cancellation. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research.* 2016;21(2):191-196. doi:10.4103/1735-9066.178247. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4815376/>

Gonçalves MA, Amorim CA, Zac JI, Alemão MM, Costa MRT. Gestão estratégica hospitalar-A aplicabilidade do Sistema ABC em um bloco cirúrgico. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde.* 2010;4(4):73-86. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/13606/gestao-estrategica-hospitalar---a-aplicabilidade>

Kaddoum R, Fadlallah R, Hitti E, El-Jardali F, El Eid G. Causes of cancellations on the day of surgery at a Tertiary Teaching Hospital. *BMC Health Serv Res.* 2016; 16:259. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27412041>

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.* 2012;28(1):66-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22345949>

Landim FM, Paiva FD, Fiuza ML, Oliveira EP, Pereira JG, Siqueira I. Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade. *Rev Col Bras Cir.* 2009;36(4):283-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010069912009000400002&script=sci_abstract&tlng=pt

Leslie R, Beiko D, Van Vlymen J, Siemens DR. Day of surgery cancellation rates in urology: identification of modifiable factors. *Can Urol Assoc J.* 2013;7:167-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3699075/>

Macário A. Are your hospital operating rooms “efficient”? A scoring system with eight performance indicators. *Anesthesiology*. 2006;8(105):237-240. Disponível em: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1931490>

Macedo JM, Kano JÁ, Braga EM, Garcia MA, Caldeira SM. Cancelamento de cirurgia em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. *Rev SOBECC*. 2013;18(1):26-34. Disponível em: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_cancelamento-de-cirurgias-em-um-hospital-universitario.pdf

Magri MPF, Espindola RF, Santhiago MR, Mercadante EF, Junior NK. Cancelamento de cirurgias de catarata em um hospital público de referência. *Arq Bras Oftalmol*. 2012;75(5):333-6. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/63116/1/WOS000315962800007.pdf>

Moraes PGS, Pachêco NMD, Silva RGS, Silva PCV. Fatores clínicos e organizacionais relacionados à suspensão de procedimentos cirúrgicos. *Rev enferm UFPE on line* 2017;11(7):2645-53. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23436/19132>

Moreira LR, Xavier APR, Moreira FN, Souza LCM, Araújo OC, Santos TMB et al. Avaliação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas. *Enfermagem Revista*. 2016;19(2):212-225. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13156>

Morgan W, Bernardino E, Wolff LDG. Implications of cancellation of surgery in a surgery department: a descriptive-exploratory study. *Online Braz J Nurs* 2010;9(1):13. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2591/585>

Morris AJ, McAvoy J, Dweik D, Ferrigno M, Macário A, Haisjackl M. Cancellation of elective cases in a recently opened, tertiary/quarternary-level hospital in the Middle East. *Anesth Analg*. 2017;125(1):268-271. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28514326>

Nascimento LA, Tillvitz LR, Fonseca LF. Suspensão cirúrgica: O ângulo estatístico de um problema de repercussões humanas. *Rev.enferm. UFPE on line* 2013;7(esp):6592-600. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12313/15001>

Organização Mundial da Saúde(OMS). Segundo desafio global para segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf

Ortiz J, Wangb S, MacArthur A, Elaydabe DT. Informação pré-operatória ao paciente: podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade? Rev. Bras. Anesthesiol. 2015; 65(1): 7-13. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rba/v65n1/pt_0034-7094-rba-65-01-00007.pdf

Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Azevedo Filho FM. Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. Acta Paul Enferm. 2013;26(3):256-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300009

Perroca MG, Jericó MC, Facundim SD. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. Rev Lat-Am Enferm. 2007;15(5):48-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a20.pdf

Pinheiro SL, Vasconcelos RO, Oliveira JLCO, Matos FGOA, Tonini SN, Alves DGI. Taxa de cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade em hospital universitário público. Rev Min Enferm. 2017;21e-1014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1150>

Possari FJ. Centro Cirúrgico Planejamento, Organização e Gestão. 5ªed. São Paulo: Ítárica; 2013.

Prin M, Eaton J, Mtalimanja O, Charles A. High elective surgery cancellation rate in Malawi primarily due to infrastructural limitations. World J Surg. 2017; nov 16 doi: 10.1007/s00268-017-4356-1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29147893>

Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico e técnicas da pesquisa e do trabalho. Novo Hamburgo: universidade Feevale 2013

CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar; CQH São Paulo. 3. Caderno de Indicadores CQH. São Paulo; 2009. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=127

Resende JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. São Paulo: Editora Unifesp; 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Leonardo/Desktop/trabalhando%20no%20referencial%20teorico/Resende-a%20sombra%20do%20pl%C3%A1tano.pdf>

Sá C, Carmo SPG, Canale TSL. Avaliando o indicador de desempenho suspensão cirúrgica, como fator de qualidade na assistência ao paciente cirúrgico. Enferm Glob. 2011; 10(23):190-9. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eq/v10n23/pt_administracion5.pdf

Sampaio CEP, Gonçalves RA, Seabra Júnior Hc. Determination of surgery suspension factions and their contributions with nursing assistance. J Res Fundam Care online. 2016;8(3):4813-4820. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Wulebe8YafwJ:www.reme.org.br/exportar-pdf/1150/en_e1014.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br

Santos JS, Kemp R. Basics elements for the surgery and perioperative care. Medicina. Ribeirão Preto. Online. 2011;44(1):2-7. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47305/51041>

Santos GAAC, Bocchi SCM. Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. Rev Enferm [internet];2017;70(3):561-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0535.pdf

Sodré RL, Fahl MAFI. Cancelamento de cirurgias em um hospital público na cidade de São Paulo. RAS. 2014;16(63):67-70. Disponível em: www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=1355&p_nanexo=611

Souza NVDO, Mauricio VC, Marques LG, Melo C, Leite GEP. Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. Rev Min Enferm. 2010;14(1): 82-87. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:sfQ_qTcGPGEJ:www.reme.org.br/artigo/detalhes/91+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br

Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston Testbook of Surgery: The biological basis of modern surgical practice. 19th ed. Philadelphia: Elsevier; 2014.

Tronchin DM, Melleiro MM, Kurcgant P, Garcia NA, Garzin AC. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(3):542-6. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10412>

Tubino P, Alves E. História da Cirurgia. [Internet]. 2009. Disponível em: https://alinesilvalmeida.files.wordpress.com/2010/05/historia_da_cirurgia.pdf

Vieira MJ, Furegato ARF. Suspensão de cirurgias: atitudes e representações dos enfermeiros. Rev. Esc.Enf.USP.2001;35(2):135-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342001000200007&script=sci_abstract

Vieira APM, Kucgant P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos construtivos segundo percepção de enfermeiros. Acta Paul Enferm.[online].2010;23(1):11-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002010000100002&script=sci_abstract&tlng=pt

Vituri DW, Évora YDM. Gestão da Qualidade Total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. Rev Bras Enferm. 2015;68(5):945-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0945.pdf>

Wu Q, Huang LH, Xing MY, Feng ZX, Shao LW, Zhang MY et al. Establishing nursing-sensitive quality indicators for the operating room: A cross-sectional Delphi survey conducted in China. Australian Critical Care Nurses. 2017;(30) 44-52. Disponível em: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(16\)30008-X/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(16)30008-X/fulltext)

Yu K, Xie X, Luo L, Gong R. Contributing factors of elective surgical case cancellation: a retrospective cross-sectional study at a single-site hospital. BMC Surgery. 2017;17:100. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5594612/>

APÊNDICE 1

Instrumento de Coleta de Dados

Data da coleta: ____/____/2017 Horário: _____ Coletador: _____

dados do paciente envolvido na cirurgia cancelada
--

Nome _____ Prontuário _____
Unidade de origem: _____ Reside em () Goiânia () Interior de Goiás
() outro estado

dados da cirurgia cirurgia cancelada

Data da cirurgia: ____/____/2016 Especialidade: _____

Identificação _____ do
Procedimento: _____

Turno : () matutino () vespertino () noturno Dia da semana: _____

Médico(s) responsável pelo aviso de cirurgia _____

Nome do profissional responsável pelo cancelamento _____

Motivo de cancelamento declarado no aviso de cirurgia impresso/ relatório de enfermagem/SCIH

APÊNDICE 2

Planilha utilizada na coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	FICHA/AVISO	NOME DO PACIENTE	MOTIVO DO CANCELAMENTO DECLARADO EM FICHA/LIVRO	MOTIVO DO CANCELAMENTO CONSIDERADOR DE ESTR. INDICADOR DE F. PROFISSIONAL RESPONSÁVEL								
2	1		PACIENTE NÃO CONSEGUIU INTERNAR A TEMPO	PACIENTE NÃO INTERNOU		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
3	2		PACIENTE NÃO INTERNOU	PACIENTE NÃO INTERNOU		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
4	3		PACIENTE NÃO INTERNOU	PACIENTE NÃO INTERNOU		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
5	4		PACIENTE NÃO INTERNOU	PACIENTE NÃO INTERNOU		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
6	5		PACIENTE NÃO INTERNOU	PACIENTE NÃO INTERNOU		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
7	6		PACIENTE ALIMENTOU	FALTA DE EXAMES/ PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO INCOMPLETO		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
8	7		FALTA DE MATERIAL ESTÉRIL	FALTA DE MATERIAL ESTERILIZADO	EF		MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
9	8		PACIENTE NÃO INTERNOU	PACIENTE NÃO INTERNOU		PROCESSO	MÉDICO STAFF	EVITÁVEL				
10	9		FALTA DE STAFF	EQUIPE CIRÚRGICA INCOMPLETA	RH		MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
11	10		AVANÇO DO HORÁRIO DE CIRURGIA ANTERIOR	AVANÇO DE HORÁRIO DA CIRURGIA ANTERIOR		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
12	11		MATERIAL SOLICITADO NÃO FOI ENTREGUE. MATERIAL DA STERIFORT CHEGOU	FALTA DE MATERIAL CONSIGNADO		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
13	12		PACIENTE NÃO INTERNOU	PACIENTE NÃO INTERNOU		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
14	13		MUDANÇA DE QUADRO CLÍNICO	PACIENTE SEM CONDIÇÕES CLÍNICAS		PROCESSO	MÉDICO STAFF	EVITÁVEL				
15	14		DISCUTIDO COM STAFF. ORIENTADO SUSPENSÃO PARA OBSERVAÇÃO DO CUIDADO	MUDANÇA DE CONDOTA MÉDICA		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
16	15		PACIENTE HIPERTENSO E COM CARDIOPATIA CHAGÁSICA EM USO DE N	PACIENTE SEM CONDIÇÕES CLÍNICAS		PROCESSO	ANESTESIOLOGISTA	EVITÁVEL				
17	16		PACIENTE NÃO INTERNOU	PACIENTE NÃO INTERNOU		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
18	17		MATERIAL ESTÉRIL NÃO ESTAVA DISPONÍVEL ÀS 7:30	FALTA DE MATERIAL ESTERILIZADO	EF		MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
19	18		MATERIAL CIRÚRGICO CONTAMINADO, VEIO DA STERIFORT COM O INVÓLUCRO	FALTA DE MATERIAL ESTERILIZADO	EF		ENFERMEIRO	EVITÁVEL				
20	19		PRÉ-OPERATÓRIO INCOMPLETO	FALTA DE EXAMES/ PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO INCOMPLETO		PROCESSO	ANESTESIOLOGISTA	EVITÁVEL				
21	20		PACIENTE NÃO INTERNOU	PACIENTE NÃO INTERNOU		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
22	21		PACIENTE NÃO INTERNOU	PACIENTE NÃO INTERNOU		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
23	22		ABORDADO E DISCUTIDO COM O SERVIÇO DE MÃO E COTOVELO QUE SERIA	MUDANÇA DE CONDOTA MÉDICA		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
24	23		AVANÇO DO HORÁRIO DA CIRURGIA ANTERIOR	AVANÇO DE HORÁRIO DA CIRURGIA ANTERIOR		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
25	24		PACIENTE NÃO INTERNOU	PACIENTE NÃO INTERNOU		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
26	25		PROBLEMAS NA ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL CONSIGNADO	FALTA DE MATERIAL ESTERILIZADO	EF		MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
27	26		PACIENTE NÃO INTERNOU	PACIENTE NÃO INTERNOU		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
28	27		PACIENTE NÃO INTERNOU	PACIENTE NÃO INTERNOU		PROCESSO	MÉDICO STAFF	EVITÁVEL				
29	28		PACIENTE REALIZARÁ TRATAMENTO DEFINITIVO AMANHÃ	MUDANÇA DE CONDOTA MÉDICA		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
30	29		PACIENTE NÃO QUIS OPERAR	PACIENTE RECUSOU O PROCEDIMENTO		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
31	30		PACIENTE NÃO QUIS OPERAR POR VIA CONVENCIONAL	PACIENTE RECUSOU O PROCEDIMENTO		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
32	31		STAFF COM PROBLEMAS PESSOAIS	EQUIPE CIRÚRGICA INCOMPLETA	RH		MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
33	32		PROBLEMA COM O STAFF. NÃO VEIO	EQUIPE CIRÚRGICA INCOMPLETA	RH		MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
34	33		INSTRUMENTAL CIRÚRGICO NÃO CHEGOU DA STERIFORT ATÉ O MOMENTO	FALTA DE MATERIAL ESTERILIZADO	EF		ENFERMEIRO	EVITÁVEL				
35	34		STAFF NÃO VEIO. PROBLEMAS PESSOAIS	EQUIPE CIRÚRGICA INCOMPLETA	RH		MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
36	35		SUSPENSÃO DEVIDO A MUDANÇA NO PLANEJAMENTO CIRÚRGICO DO PACIENTE	MUDANÇA DE CONDOTA MÉDICA		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
37	36		REAGENDADA PARA TERÇA-FEIRA PELA MANHÃ	MUDANÇA DE CONDOTA MÉDICA		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
38	37		FALTA DE PERFURADOR ESTÉRIL	FALTA DE MATERIAL ESTERILIZADO	EF		MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
39	38		FALTA DE PERFURADOR ESTÉRIL	FALTA DE MATERIAL ESTERILIZADO	EF		MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
40	39		FALTA DE PERFURADOR ESTÉRIL	FALTA DE MATERIAL ESTERILIZADO	EF		MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
41	40		FALTA DE MATERIAL ENVIADO PARA ESTERILIZAÇÃO SEGUNDO CENTRO	FALTA DE MATERIAL ESTERILIZADO	EF		MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
42	41		PACIENTE NÃO INTERNOU	PACIENTE NÃO INTERNOU		PROCESSO	MÉDICO RESIDENTE	EVITÁVEL				
43	42		FALTA DE MATERIAL ESTÉRIL	FALTA DE MATERIAL ESTERILIZADO	EF		ENFERMEIRO	EVITÁVEL				
44	43		FALTA DE MATERIAL ESTÉRIL	FALTA DE MATERIAL ESTERILIZADO	EF		ENFERMEIRO	EVITÁVEL				
45	44		FALTA DE MATERIAL ESTÉRIL	FALTA DE MATERIAL ESTERILIZADO	EF		ENFERMEIRO	EVITÁVEL				
46	45		FALTA DE MATERIAL ESTÉRIL	FALTA DE MATERIAL ESTERILIZADO	EF		ENFERMEIRO	EVITÁVEL				
47	46		FALTA DE MATERIAL ESTÉRIL	FALTA DE MATERIAL ESTERILIZADO	EF		ENFERMEIRO	EVITÁVEL				

Anexo

HOSPITAL DAS CLÍNICAS UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO: foco na segurança do paciente

Pesquisador: Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 54981916.3.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.685.138

Apresentação do Projeto:

Este projeto visa analisar a assistência perioperatória com vistas à segurança de pacientes em hospitais de Goiânia-GO segundo a proposta da Organização Mundial de Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a assistência perioperatória com vistas à segurança de pacientes em hospitais de Goiânia-GO;
- Subsidiar a elaboração e a melhoria de indicadores de qualidade e segurança cirúrgica.

Objetivo Secundário:

- Averiguar as taxas e tipos de eventos adversos relacionados ao perioperatório;
- Identificar os processos empregados na busca pela minimização de eventos adversos e a percepção analisar micro- organismos envolvidos nas infecções em pacientes em perioperatório.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

não há risco possível embutido no ato da participação, sejam eles de ordem física, psicológica ou

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitário

CEP: 74.605-020

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3269-8338

Fax: (62)3269-8426

E-mail: cephculg@yahoo.com.br

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO**



Continuação do Parecer: 1.685.138

moral.

Benefícios:

Espera-se investigar e analisar ações de promoção de segurança nas intervenções anestésico-cirúrgicas e a adoção dessas ações pela equipe que atua no perioperatório, observando o impacto das mesmas na diminuição de riscos e aumento da segurança dos pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta segunda versão visa responder às pendências: a ausência dos contatos do cep no TCLE e descrever os possíveis riscos na metodologia do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas, portanto esta pesquisa está de acordo com os preceitos éticos da Resolução 466/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional CNS 001/13, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_659586.pdf	07/07/2016 14:00:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	seguranca_periop.pdf	07/07/2016 14:00:12	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitário

CEP: 74.605-020

UF: GO

Município: GOIÂNIA

Telefone: (62)3269-8338

Fax: (62)3269-8426

E-mail: cephoufg@yahoo.com.br

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO**



Continuação do Parecer: 1.685.138

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/07/2016 13:59:01	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	05/04/2016 14:40:27	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Outros	autoriz_pront.pdf	05/04/2016 14:40:07	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autoriz_hc.pdf	05/04/2016 14:38:43	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	07/02/2016 19:29:31	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	07/02/2016 19:28:53	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 18 de Agosto de 2016

Assinado por:

JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitário

CEP: 74.605-020

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3269-8338

Fax: (62)3269-8426

E-mail: cephoulg@yahoo.com.br