

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA  
HOSPITALAR**

**CARLA SOVIERO**

**IMPLANTAÇÃO DO INDICADOR DE TAXA DE SUSPENSÃO DAS CIRURGIAS  
ELETIVAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA AO TRAUMA DO SUS NO RS:  
CAUSAS E RELEVÂNCIA NA SEGURANÇA DOS PACIENTES**

**Porto Alegre**

**2015**

Carla Soviero

**IMPLANTAÇÃO DO INDICADOR DE TAXA DE SUSPENSÃO DAS CIRURGIAS  
ELETIVAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA AO TRAUMA DO SUS NO RS:  
CAUSAS E RELEVÂNCIA NA SEGURANÇA DOS PACIENTES**

Artigo apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Risco e Segurança Hospitalar, pelo Curso de Especialização em Gestão de Risco e Segurança Hospitalar em 2012 da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinto Leis

**PORTO ALEGRE**

2015

## **IMPLANTAÇÃO DO INDICADOR DE TAXA DE SUSPENSÃO DAS CIRURGIAS ELETIVAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA AO TRAUMA DO SUS NO RS: CAUSAS E RELEVÂNCIA NA SEGURANÇA DOS PACIENTES**

### **RESUMO**

A criação de programas para o monitoramento da qualidade e segurança com base em indicadores é uma das estratégias que vem sendo utilizada em diferentes países com objetivo de garantir cuidados de saúde mais seguros. Um indicador expressa as ações de uma organização ou de um sistema de saúde em direção à melhoria da qualidade (GOUVÊA, 2014). A taxa de suspensão dos procedimentos cirúrgicos eletivos é um indicador de processo que permite a avaliação da eficiência de uma especialidade cirúrgica e da estratégia gerencial onde ela está inserida. O cancelamento de cirurgias repercute negativamente no paciente, na sua segurança enquanto hospitalizado, nos seus familiares, nas equipes envolvidas, nos fluxos assistenciais desde a sua internação até a alta, interferindo no desempenho e na produtividade institucional.

Este estudo retrospectivo de caso único, com abordagem quantitativa do tipo exploratório-descritiva tem como objetivo geral implantar o indicador da taxa de suspensão das cirurgias eletivas, para análise de suas razões e relevância na segurança dos pacientes na especialidade de neurocirurgia. O local de realização da pesquisa foi um hospital de referência em trauma do Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Sul no período de janeiro a dezembro de 2013. O motivo da escolha de somente uma especialidade foi pela diferença de complexidade dos cuidados de todos os pacientes e pelo fato dos pacientes neurocirúrgicos serem aqueles mais suscetíveis a eventos adversos.

O número de neurocirurgias programadas no ano de 2013 foi de 471 cirurgias, com o valor absoluto de 153 suspensões. Os motivos mais frequentes das suspensões foram por encaixe de cirurgia de urgência (22,9%) e paciente sem condições clínicas (20,3%). A taxa de pacientes que tiveram o seu tempo de permanência aumentado foi de 56,2%. O gasto anual em razão do aumento de dias de internação foi de R\$ 368.888,04.

A partir do conhecimento dos principais motivos dos cancelamentos, suas causas raízes e demais implicações, ações de melhorias podem ser planejadas e instituídas.

A implantação do indicador da taxa de suspensão das cirurgias eletivas permite o mapeamento deste processo, o monitoramento do mesmo, que auxiliado por ferramentas de gestão, possibilita o entendimento da corresponsabilidade de todos os envolvidos na resolução de eventos indesejáveis e na prevenção de eventos adversos, promovendo o planejamento contínuo de melhorias e aumento da segurança dos pacientes.

**Palavras chave:** suspensão de cirurgias, neurocirurgia, hospital escola, centro cirúrgico, indicadores de segurança.

## 1 INTRODUÇÃO

O monitoramento dos cuidados prestados aos pacientes, por meio de indicadores, permite orientar a formulação e a hierarquização de políticas, monitorar a melhoria dos cuidados de saúde, promover maior transparência das organizações de saúde e que os usuários façam escolhas mais informadas (GOUVÊA, 2014). O Ministério da Saúde do Brasil define a taxa de suspensão de cirurgia pelo número de cirurgias suspensas dividido pelo total de cirurgias programadas em determinado período e multiplicado por 100 (MINISTÉRIO DA SAÚDE apud LANDIM, 2009).

A suspensão de cirurgias tem recebido atenção especial de pesquisadores da área da saúde, principalmente da enfermagem, como tem demonstrado a literatura nos últimos 15 anos. É de consenso, que este evento pode ser analisado pelas repercussões que envolvem o usuário e as consequências para a instituição de saúde (PASCHOAL, 2006; PERROCA, 2007a).

O cancelamento da cirurgia acarreta prejuízos ao paciente, interferindo no resultado da assistência e na produtividade do serviço. Além disto, implica em custo operacional e financeiro para instituição, consumo de tempo e de recursos materiais, tendo repercussões negativas. Desta forma, de acordo com Souza (2010) e Sampaio (2012), estudar o índice de suspensões em cirurgia e as razões que levaram a esta conduta é fundamental para minimizar os resultados deletérios para todos os envolvidos.

Estudos sobre cancelamentos de cirurgias eletivas apontam altas taxas que variam de 17% a 33% (SAMPAIO, 2012). Entretanto, Padoveze (2010) avaliando as suspensões de cirurgias oftalmológicas encontrou taxas que chegaram a 66%.

Ao monitorar cancelamentos de cirurgias, Perroca (2007a) demonstra que

todas as expectativas dos pacientes estão para a realização da sua cirurgia e não para a suspensão da mesma. Em outro estudo, Perroca (2007b) refere que 23,3% das suspensões representam custos para a instituição, na maioria das vezes, evitáveis.

Landim (2009) reforça que 41% dos procedimentos cirúrgicos suspensos não deveriam ter sido marcados, o que justificaria a necessidade, de acordo com Chang (2014), de um melhor planejamento administrativo e cirúrgico.

No hospital utilizado como caso nessa pesquisa, o monitoramento dos cancelamentos de cirurgias eletivas foi realizado pelo Gerenciamento de Risco no período de junho de 2012 até outubro de 2013. Apesar da divulgação interna e apresentação dos resultados em reuniões, poucas ações foram tomadas no sentido de minimizar este problema.

Foi observado que dentre todas as especialidades que atuam nesta instituição, como Traumatologia Ortopédica, Cirurgia do Trauma, Cirurgia Bucal Facial, Cirurgia Plástica e Cirurgia Vascular, cada uma com suas características e necessidades de cuidados, a Neurocirurgia é a de maior complexidade, estando seus pacientes mais suscetíveis a eventos adversos. Esta situação reforçou a percepção da importância da medição dos resultados para avaliar a segurança dos pacientes e o desempenho da instituição. A inexistência de um indicador de suspensão de cirurgias acompanhado pela Coordenação do Bloco Cirúrgico, a não valorização do aumento do tempo de internação e sua associação com eventos adversos, a falta de mapeamento do fluxo dos pacientes e o desconhecimento do impacto nos custos hospitalares certamente contribuíram para que as taxas de cancelamento se mantivessem elevadas. Alguns pacientes neurocirúrgicos tiveram sua cirurgia desmarcada até 3 vezes, tendo o seu tempo de permanência hospitalar aumentado e o seu grau de ansiedade exacerbado.

Diante desse contexto, o objetivo geral dessa pesquisa é a implantação do indicador da taxa de suspensão das cirurgias eletivas na especialidade de neurocirurgia para análise de suas razões e relevância na segurança dos pacientes. O local de realização da pesquisa foi um hospital de referência em trauma do Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Sul no período de janeiro a dezembro de 2013.

A partir dos principais motivos dos cancelamentos, suas causas raízes e demais implicações, ações de melhorias podem ser estudadas, instituídas e

reavaliadas periodicamente. Medir os resultados de uma especialidade cirúrgica de um hospital-escola do SUS por indicadores não só proporciona o conhecimento para uma adequada avaliação do seu desempenho, mas também contribui para a educação continuada de todos, para o gerenciamento de processos que podem interferir na segurança dos seus pacientes, na logística de fluxos e economia de recursos, permitindo que mais pacientes obtenham atendimento em tempo hábil para a solução dos seus problemas.

Assim, com a realização deste trabalho se torna possível a compreensão e análise do contexto das suspensões dos procedimentos cirúrgicos da Neurocirurgia, através de um indicador de processo, demonstrando o seu perfil dentro da instituição e possibilitando reestruturação e planejamento de ações que sejam efetivas para esta especialidade.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

A literatura tem apresentado índices de suspensões de cirurgias eletivas em diversas pesquisas e estudos, destacando-se os seguintes: 19,91% (PASCHOAL, 2006); 23% (GUARÁ, 2008); 6,5% (ARÉVALO, 2009); 0,37% (SUNG, 2010); 16% (PADOVEZE, 2010); 16% (LANDIM, 2009); 4,9% (HOVLID e GUILLEN, 2012); 13,3% (POHLMAN e BARBOSA, 2012); 19% (SAMPAIO, 2012); 33% (AQUINO, 2012); 23,27% (SULTAN, 2012); 17% (NASCIMENTO, 2013). A menor taxa de suspensão encontrada, ou seja, nenhum cancelamento foi em estudo de Mesquita (2008), com 144 pacientes, que avaliou indicadores de qualidade assistencial na cirurgia de revascularização do miocárdio em centro de cardiologia terciária entre 2005 e 2007.

Analisando os fatores relacionados à suspensão de procedimentos cirúrgicos em um serviço de cirurgia geral de média complexidade, Landim (2009) encontrou como principais fatores dos cancelamentos os relacionados ao paciente (48,23%), tais como condição clínica desfavorável (50,3%) e não comparecimento (39,9%); e ao hospital, tais como a alocação de recursos humanos (23,77%), a organização da unidade (22,88%) e a alocação de materiais e equipamentos (5,12%). Para Magri (2012) a falta de condições clínicas em cirurgias de catarata em hospital público foi responsável por 86,90% dos cancelamentos. Paschoal (2006) avaliando a taxa de

suspensão de cirurgia em um hospital universitário concluiu que o absenteísmo foi responsável por 54,30% dos 186 cancelamentos de cirurgias, enquanto para Garcia (2007) foi de 30,1%. Já Padoveze (2010), além de apontar o absenteísmo (33%), ainda encontrou 32% de falhas na provisão de produtos cirúrgicos e 15% de circunstâncias clínicas não adequadas. Souza (2010) apontou que 27,4% das cirurgias suspensas tiveram como fator determinante às relações entre os clientes e a instituição. Além disso, a falta de condições clínicas (24,5%), o não comparecimento para internação (8,3%), a falta de material (10,3%) e o adiantado da hora (12%) foram citados como fatores que interferem no processo que culmina numa cirurgia. Chang (2014) demonstrou em estudo que 41% dos cancelamentos foram por razões não médicas, entre estes, 17,7% foram devido à avaliação incompleta e 8,2% foram devido a questões familiares.

## **2.1 A suspensão do procedimento cirúrgico no contexto da estrutura das instituições de saúde**

As repercussões do cancelamento cirúrgico, segundo Ávila (2013), incidem desfavoravelmente não apenas sobre o usuário, que tem seu vínculo de confiança rompido em relação à instituição, como também sobre a equipe de enfermagem, no que se refere à operacionalização do trabalho, consumo de tempo e recursos materiais aos cirurgiões, anestesistas e sobre a própria instituição de cuidados de saúde e demais profissionais. Como resultado terá a diminuição da qualidade da assistência.

A equipe de Anestesiologia participa de todo este processo e, deste modo, é participante direto na tomada de decisão e elemento comunicador (GARCIA, 2013). A suspensão das cirurgias parece ser algo rotineiro para os profissionais da saúde, que não dimensionam as implicações para os pacientes, seus familiares e para a instituição.

Exemplos de cuidados pré-operatórios que merecem atenção são: a avaliação criteriosa do paciente quando da internação, data proposta da cirurgia, confirmação da assinatura do termo de consentimento, avaliação do risco cirúrgico, checagem dos exames por imagem e laboratoriais realizados. Se existir alguma falha, pode ocorrer a suspensão da cirurgia ou o paciente ficar por horas esperando a realização de tais cuidados. Esses cuidados são extremamente importantes para a

realização da cirurgia, pois refletem o preparo eficiente e seguro do paciente que se submeterá a ela (NETO apud SENA, 2012).

De acordo com Perroca (2007a), a falta de leitos, a equipe médica indisponível e erros de agendamento são suspensões que podem ser evitadas, devendo receber atenção dos gestores.

Knox (2005) avaliando o impacto da avaliação clínica pré-operatória nas cirurgias eletivas observou que quando esta é realizada ocorre uma redução em relação ao cancelamento e atraso destas cirurgias. Ferschl (2005) em estudos sobre o mesmo objeto, realizados na Irlanda e nos EUA, também demonstrou que a visita pré-anestésica ambulatorial minimiza o cancelamento cirúrgico.

Schofield (2005) em pesquisa realizada na Austrália considerou como cancelamentos potencialmente evitáveis os seguintes aspectos: cirurgias anteriores que ultrapassaram o tempo estimado, erros de agendamento, causas administrativas, problemas com equipamentos e transporte, falhas de comunicação, falhas no preparo adequado do paciente e cirurgião não disponível.

Quando se busca a relação de custos relacionados às suspensões, Perroca (2007b) demonstrou que apenas 58 (23,3%) das 249 cirurgias programadas canceladas representaram custos para a instituição. O custo direto total dos cancelamentos foi de R\$ 1.713,66, sendo o custo médio por paciente de R\$ 29,54, assim distribuído: despesas com materiais de consumo (R\$ 333,05); processo de esterilização (R\$ 201,22); medicamentos (R\$ 149,77) e recursos humanos (R\$ 1.029,62). O custo com recursos humanos representou o maior percentual em relação ao custo total (60,1%). Argo (2009) em estudo americano realizado em 123 centros médicos avaliou 329.784 cirurgias agendadas e 40.988 canceladas (12,4%). O estudo aponta que, no ano de 2006, os cancelamentos cirúrgicos representaram uma perda estimada de US\$ 32 milhões. Henderson (2006), em estudo realizado também nos EUA em cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, estimou um custo de pelo menos U\$ 100.000 por ano devido aos cancelamentos tardios (aqueles realizados no dia das cirurgias).

As suspensões dos procedimentos cirúrgicos interferem nos processos assistenciais, na produtividade dos serviços, no consumo de tempo, em recursos materiais, em riscos de eventos adversos e acarretam custos operacionais e financeiros para a instituição. O tempo médio de permanência aumentado implica na possibilidade de o paciente adquirir uma infecção relacionada à assistência, interfere



no fluxo dos pacientes impossibilitando mais internações e interfere na realização de procedimentos cirúrgicos daqueles que estão aguardando. Na busca pela qualidade da assistência e pela segurança, profissionais e instituições já avaliam o cancelamento de cirurgias. No entanto, Ávila (2013) salienta que é necessário um maior envolvimento de todos que participam deste processo visando melhores resultados, especialmente em instituições de ensino.

## **2.2 A suspensão do procedimento cirúrgico no contexto dos pacientes e seus familiares**

O ambiente hospitalar, em especial o cirúrgico, é um ambiente gerador de ansiedade para os pacientes, onde existem rotinas diferentes do seu cotidiano. Os procedimentos cirúrgicos aliados à hospitalização representam uma ameaça ao doente e sua família, devido às alterações físicas, reações psicológicas e sociais (CAVALCANTE, 2000).

O tempo de espera pela cirurgia e, ainda, a suspensão e a remarcação da cirurgia podem contribuir para aumentar o medo e o sentimento de desconfiança, diante de um resultado duvidoso (MACEDO, 2013). O paciente e seus familiares ficam emocionalmente abalados ao saberem que suas cirurgias foram suspensas (RISSO, 2010). Em relação à comunicação da suspensão, Mehta (2014) observou em estudo que 54,7% recebiam esta informação da enfermagem, enquanto 32% do médico. Daqueles pacientes que receberam a notícia da enfermagem, 83% gostariam de ter recebido do médico.

Durante o preparo cirúrgico o paciente apresenta expectativas, dúvidas e temores a respeito do que acontecerá. Para ele, o hospital é um ambiente, na maioria das vezes, estranho e desconhecido, onde se está nas mãos de profissionais aos quais confia e espera receber cuidados adequados. Todas as suas preocupações e expectativas estão voltadas para a realização da cirurgia e não para a sua suspensão (PERROCA, 2007a). Dentro dessa perspectiva, Fernandes apud Sena (2012), acrescenta que os altos níveis de ansiedade do paciente podem provocar a suspensão da cirurgia ou até mesmo a morte daqueles sujeitos de maior risco. Ainda, a ansiedade sentida pelos pacientes é consequente à situação de conflito – ter de operar *versus* não querer operar, incerteza e sensação de perda de controle da situação. Os pacientes no ambiente hospitalar podem apresentar

reações psicossomáticas como hipertensão arterial e taquicardia, sendo necessária na avaliação pré-anestésica, conforme o nível de ansiedade do paciente, a prescrição de medicação pré-operatória.

De acordo com Ávila (2013), o absenteísmo, que Paschoal (2006) atribui à desinformação do paciente da data de sua cirurgia, e suas condições desfavoráveis constituem as principais causas de cancelamento do procedimento.

### **2.3 Eventos adversos relacionados ao aumento do tempo de permanência hospitalar decorrente da suspensão da cirurgia no contexto da segurança do paciente**

O termo evento adverso (EA) refere-se ao aparecimento de um problema de saúde causado pelo cuidado e não pela doença de base, ou seja, “uma lesão não intencional que resultou em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado” (MENDES et. al., 2005). Na assistência são observados eventos adversos oriundos de procedimentos cirúrgicos, utilização de medicamentos, procedimentos médicos, tratamentos não medicamentosos, incorreção ou demora no diagnóstico (OMS, 2009).

A busca da qualidade no atendimento do paciente cirúrgico eletivo implica em se evitar incidentes e falhas que comprometam à realização das cirurgias no pré-operatório como também no pós-operatório. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define incidentes como eventos ou circunstâncias que podem ou não causar dano ao paciente (OMS, 2009).

Os cancelamentos dos procedimentos cirúrgicos nos pacientes internados, prolongando a internação, podem favorecer o aumento da ansiedade, depressão, possibilidade de infecção, erros de medicação, úlcera de pressão, queda, óbito e aumentar os gastos para a instituição e para o paciente. Mendes (2014), a respeito de reflexões sobre segurança do paciente, afirma que os estudos publicados no mundo todo, inclusive os brasileiros, mostram que o tempo de internação do paciente que tem evento adverso é muito maior. Ao se fazer a conta pela diária, é possível verificar quanto se gasta com esse paciente de forma adicional, ainda mais se essa diária for de UTI.

Chaves (2011) ao avaliar o indicador de desempenho de suspensão cirúrgica

como fator de qualidade na assistência ao paciente em cirurgias cardíacas observou que as suspensões geram maior custo para o hospital e maior risco de complicações clínicas para o paciente.

Já Paranaguá (2014) realizou estudo em hospital de ensino com o objetivo de estimar numa clínica cirúrgica de 735 internações, a prevalência e os fatores associados à ocorrência de incidentes relacionados à medicação registrados na evolução dos pacientes. O resultado encontrado foi de uma estimativa de 48% de incidentes relacionados a fatores como o tempo de internação igual ou superior a 4 dias, a prescrição de 3 ou mais medicamentos por dia e a realização de intervenção cirúrgica.

Matos (2010), em estudo realizado na CTI adulto de um Hospital Público do Distrito Federal, de outubro de 2006 a julho de 2007, encontrou uma taxa de 37,03% de úlcera de pressão. Destas, a metade apareceu entre o segundo e o quarto dia de internação do paciente. Já Diccini (2009), avaliando a incidência de úlcera de pressão em 60 pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário, encontrou uma taxa de 13,4%.

O hospital é considerado o ambiente de maior risco de infecção, pois concentra os pacientes mais suscetíveis e os aproxima dos germes mais resistentes que, por sua vez, são gerados e selecionados no próprio hospital. Dentre os diversos fatores relacionados ao hospedeiro que interferem no aparecimento das infecções hospitalares, de acordo com o consenso de diversas entidades americanas, está o período pré-operatório prolongado. A permanência hospitalar pré-operatória maior que 5 dias tem associação significativa com infecção do sítio cirúrgico intra-hospitalar e após alta, com risco elevado, quando comparado com a permanência inferior a este período (OLIVEIRA, 1999).

Portanto, o aumento do tempo de internação é um risco para os pacientes sofrerem eventos adversos. Quando estes acontecem, a internação será prolongada, favorecendo outros eventos que impeçam a remarcação do procedimento cirúrgico destes pacientes.

### 3 MÉTODO DE PESQUISA

A pesquisa apresentada nesse artigo pode ser caracterizada como um Estudo de Caso único, de abordagem quantitativa do tipo exploratória, descritiva e retrospectiva.

Para Yin (2001) o estudo de caso é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, mas quando não é possível manipular comportamentos relevantes. O estudo de caso conta com muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas acrescenta duas fontes de evidências que usualmente não são incluídas no repertório de um historiador: observação direta e série sistêmica de entrevistas.

A pesquisa possui uma abordagem quantitativa porque buscará quantificar dados e opiniões nas formas de coleta de informações, através da utilização de técnicas e recursos estatísticos (OLIVEIRA, 2002).

Além disso, se caracteriza como exploratória em função de proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses, englobando levantamento bibliográfico e estudo de caso (SILVA, 2005).

Também possui caráter descritivo porque exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS apud Gerhardt, 2009).

Finalmente, este trabalho também possui características retrospectivas porque o investigador não tem controle sobre a variável independente em razão desta já ter ocorrido (GIL, 2002 apud OLIVEIRA, 1999).

Conforme descreve Gouvêa (2014), quando se trabalha com indicadores é importante que se elabore uma ficha técnica contendo informações com características que ajudam na sua construção. Apesar de não haverem regras gerais que se apliquem a todas as fichas técnicas, alguns elementos mínimos devem ser contemplados na sua elaboração. O modelo da ficha técnica do indicador de cancelamento dos procedimentos neurocirúrgicos eletivos segue no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1: Modelo de ficha técnica de indicador

<b>Título:</b> Nome do indicador; representa uma descrição sucinta, objetiva e rapidamente compreensível do objetivo do indicador.
<b>Origem:</b> Organização (ões) responsável (eis) pelo desenvolvimento do indicador.
<b>Nível de informação:</b> Estrutura, processo ou resultado.
<b>Dimensão da qualidade:</b> Classificação do indicador conforme a (s) dimensão (ões) da qualidade atribuída (s) pela (s) organização (ões) que desenvolveu (ram), por exemplo: segurança, efetividade, eficiência, entre outras.
<b>Descrição do numerador:</b> Inclui as especificações gerais de qualquer componente clínico, que forma a base para as inclusões e exclusões no numerador. <b>Descrição do denominador:</b> Inclui as especificações gerais de qualquer componente clínico, que forma a base para as inclusões e exclusões no denominador.
<b>Método de cálculo:</b> Fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo precisamente os elementos que a compõem.
<b>Definição de termos:</b> Descrição dos conceitos e termos utilizados na construção do indicador, necessários para sua melhor compreensão.
<b>Racionalidade:</b> Justificativa e evidência científica que suporta a implementação do indicador.
<b>Ajustamento de risco:</b> Método e/ou variáveis utilizadas para controlar as possíveis variações nos resultados do indicador, em decorrência dos diferentes perfis de pacientes.
<b>Estratificação:</b> categorias ou grupos de classificação dos dados do indicador com o intuito de aumentar sua capacidade de comparação. Por exemplo: tipo de organização de saúde; setor do cuidado; faixa etária; entre outros.
<b>Interpretação:</b> Explicação sucinta sobre o tipo de informação obtida e seu significado.
<b>Limitações:</b> Fatores que restringem a interpretação do indicador, referente tanto ao próprio conceito como às fontes utilizadas.
<b>Fonte de dados:</b> Fonte primária de onde os dados podem ser obtidos e/ou o sistema(s) de informações que fornecem os dados.

Fonte: Gouvêa (2011); RIPSA (2002).

A seguir, apresenta-se no Quadro 2 a ficha técnica do indicador utilizado na pesquisa, que é a taxa de suspensão das cirurgias eletivas da especialidade de neurocirurgia.

Quadro 2: Ficha técnica do indicador adotado na pesquisa

<b>Título:</b> Taxa de suspensão das cirurgias eletivas da especialidade de neurocirurgia.
<b>Origem:</b> este tipo de indicador deve ser disponibilizado pelo Bloco Cirúrgico
<b>Nível de informação:</b> processo assistencial.
<b>Dimensão da qualidade:</b> eficiência, segurança

<b>Descrição do numerador:</b> número de cirurgias eletivas suspensas.
<b>Descrição do denominador:</b> número de cirurgias eletivas agendadas.
<b>Método de cálculo:</b> a taxa de suspensão de cirurgias eletivas é o número de cirurgias eletivas suspensas divididas pelo número de cirurgias eletivas agendadas multiplicadas por 100.
<b>Definição de termos:</b> taxa é a variação de uma medida “y” em função da variação de uma medida “x”, referida a um período definitivo. Cirurgias eletivas são aquelas passíveis de planejamento prévio que não possuem caráter de urgência/emergência.
<b>Racionalidade:</b> a suspensão de cirurgias tem recebido atenção especial de pesquisadores da área da saúde, principalmente da enfermagem, como tem demonstrado a literatura nos últimos 15 anos. É de consenso, que este evento pode ser analisado pelas repercussões que envolvem o usuário e as consequências para a instituição de saúde (PASCHOAL, 2006; PERROCA, 2007a). O cancelamento da cirurgia acarreta prejuízos ao paciente, interferindo no resultado da assistência e na produtividade do serviço. Além disto, implica em custo operacional e financeiro à instituição, consumo de tempo e de recursos materiais, tendo repercussões negativas. Desta forma, de acordo com Sampaio (2012) e Souza (2010), estudar o índice de suspensões em cirurgia e as razões que levaram a esta conduta é fundamental para minimizar os resultados deletérios para todos os envolvidos.
<b>Ajustamento de risco:</b> como o hospital da pesquisa é um pronto socorro, a maioria das cirurgias eletivas é de pacientes internados que ingressaram pelo pronto atendimento. Isto pode influenciar nas condições clínicas do paciente impedindo a realização do procedimento cirúrgico agendado.
<b>Estratificação:</b> a estratificação dos resultados deste tipo de indicador deve ser focada na especialidade que está sendo avaliada, neste caso, a neurocirurgia.
<b>Interpretação:</b> medir a taxa de suspensão das cirurgias eletivas proporciona a equipe da neurocirurgia e gestores o conhecimento das causas raízes que levaram aos cancelamentos, fato que possibilita uma correta consciência situacional para que possam direcionar as ações de melhorias. Evitar a suspensão de cirurgias significa contribuir com o fluxo dos pacientes internamente, permitir o ingresso de outros, evitar o aumento do tempo de internação, prevenindo os eventos adversos que impedem o restabelecimento da saúde dos pacientes. Os benefícios em relação aos recursos financeiros são inquestionáveis.
<b>Limitações:</b> tipo de classificação dos motivos das suspensões.
<b>Fonte de dados:</b> formulário de notificação das suspensões de cirurgias e prontuário eletrônico dos pacientes.

Fonte: Baseado em Gouvêa (2011); RIPSA (2002).

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário, instituído pela Coordenação do Bloco cirúrgico, preenchido pelo profissional que suspendeu a cirurgia. No formulário estão especificados vários fatores etiológicos de suspensão divididos em administrativos, relacionados aos médicos e equipe, relacionados à enfermagem, ao paciente e a instituição. O erro de lançamento na escala cirúrgica e

cirurgia antecipada foram considerados motivos administrativos. O paciente com mau preparo relacionado à enfermagem. Atraso da cirurgia anterior da mesma ou de outra equipe, mudança de conduta do cirurgião e cirurgião ausente estão relacionados aos médicos e equipe. Nos motivos relacionados ao paciente estão o absenteísmo, a falta de condições clínicas e desistência na hora da cirurgia. A falta de leito na Unidade de Tratamento Intensivo, a falta de leito na Sala de Recuperação, falta de itens no Bloco Cirúrgico, falta de sangue, o encaixe de outra cirurgia de urgência, equipamento não disponível e falta de sala adequada são motivos institucionais. O formulário utilizado para a coleta de dados está apresentado na Figura 1 a seguir.

FORMULÁRIO DE SUSPENSÃO DE CIRURGIA													
Paciente:		Leito											
Registro:		ETIQUETA											
Cirurgia:			Especialidade:			Data da cirurgia:							
Cirurgião:		CRM:		Anestesista:				CRM:					
AMBULATORIAL ( )						HOSPITALIZADO ( )							
MOTIVO DA SUSPENSÃO													
AE- ( ) ERRO DE LANÇAMENTO													
<b>EQUIPE:</b>													
E01- ( ) ANESTESISTA EM FALTA													
E02- ( ) ANESTESISTA AUSENTE													
E03- ( ) CIRURGIÃO AUSENTE													
E04- ( ) CIRURGIÃO ASSISTENTE AUSENTE													
E05- ( ) ENFERMAGEM - FALTA FUNCIONÁRIO													
<b>FLUXO:</b>													
F01- ( ) ATRASO CIRURGIA ANTERIOR-OUTRA EQUIPE													
F02- ( ) ATRASO CIRURGIA ANTERIOR-MESMA EQUIPE													
F03- ( ) ENCAIXE DE URGÊNCIA													
F04- ( ) ESCALA EXCEDENTE													
<b>INFRA-ESTRUTURA:</b>													
I01- ( ) LEITO - FALTA NA S.R.													
I02- ( ) LEITO - FALTA NO HOSPITAL													
I03- ( ) EQUIPAMENTO - NÃO DISPONÍVEL													
I04- ( ) SALA - FALTA SALA ADEQUADA													
I05- ( ) MATERIAL - FALTA ITENS FARMÁCIA													
I06- ( ) MATERIAL - FALTA ITENS NO BLOCO													
I07- ( ) MATERIAL - FALTA ÓRTESE E PRÓTESE													
I08- ( ) MATERIAL - FALTA BOLSA DE SANGUE													
I09- ( ) MATERIAL - NÃO SOLICITADO PELO CIRURGIÃO													
<b>PACIENTE:</b>													
P01- ( ) MUDANÇA DE CONDUTA DO CIRURGIÃO													
P02- ( ) PACIENTE SEM CONDIÇÕES CLÍNICAS													
P03- ( ) PACIENTE COM MAU PREPARO													
P04- ( ) PACIENTE NÃO COMPARECEU													
P05- ( ) PACIENTE FOI A ÓBITO													
PP- ( ) PACIENTE NÃO COMPARECEU													
Observações:													
CIRURGIA SUSPENSA POR: (Nome legível/número conselho de classe)													
Data:		Hora:											

Figura 1: Formulário de coleta de dados.

Foram coletados 155 formulários de suspensões de cirurgia no período de Janeiro a Dezembro de 2013. O modelo do formulário foi confeccionado pela enfermagem do Bloco Cirúrgico que orientou a equipe cirúrgica para o preenchimento adequado do formulário. O responsável pelo preenchimento de cada

formulário foi o profissional que suspendeu a cirurgia. As cirurgias foram suspensas pela enfermagem, pelo cirurgião, pelo anestesista e pelo paciente. A partir de cada formulário foi coletado o nome completo do paciente, registro, motivo da suspensão e data da mesma. No prontuário eletrônico foram pesquisadas a data de internação, da remarcação da cirurgia, da alta hospitalar e a confirmação se o paciente estava internado na Unidade da Neurocirurgia do hospital. Houve 1 paciente que estava internado na Medicina Interna de outro hospital e que foi trazido por 3 vezes, em razão das suspensões, somente para o procedimento cirúrgico proposto em razão de retornar ao hospital de origem após o término da cirurgia.

Com a intenção de calcular o valor do prolongamento da permanência hospitalar, em razão do cancelamento cirúrgico, o setor de contabilidade da instituição forneceu o custo de internação diário dos pacientes neurocirúrgicos. Para aquele que veio de outro hospital foi disponibilizado o valor da diária do mesmo. Todas as informações foram inseridas numa planilha de excel para facilitar o tratamento e análise dos dados como mostra a Figura 2 a seguir.

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
	Registro do paciente	Nome do paciente	Data de internação	Data da suspensão da cirurgia	Motivo da suspensão	Data da remarcação da cirurgia	Número de dias de internação após a cirurgia	Data da alta hospitalar	Data de provável alta se cirurgia não tivesse sido suspensa	Número de dias a mais de internação	Custo paciente/dia 2013-753.56	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												

1.

Figura 2: Planilha de inserção dos dados.



O conjunto dos dados coletados foram organizados através de números, tabelas e gráficos onde foram evidenciados taxas, valor mínimo, valor máximo, soma dos valores, contagens e média. Ao final da análise foram obtidos dados referentes à taxa de suspensão de cirurgias da especialidade da neurocirurgia, a taxa de pacientes que tiveram sua cirurgia remarcada, a taxa dos principais motivos das suspensões e o custo gerado pelo prolongamento da internação ocasionado pela suspensão.

Porém, é importante destacar as limitações desta pesquisa, que são:

- Não foram considerados os custos do Bloco Cirúrgico, de recursos humanos e materiais, relacionados às suspensões, em razão dos mesmos não serem calculados pela instituição uma vez que o indicador não foi implantado. A análise retrospectiva impossibilitou a busca destes dados;
- Os dados coletados restringem-se ao período de Janeiro a Dezembro de 2013, o que pode alterar os resultados quando se considerar um período maior de análise;
- Além disso, os dados coletados restringiram-se na especialidade das Neurocirurgias, o que pode alterar os resultados quando se considerar outras especialidades médicas;
- O próprio método do Estudo de Caso, que é utilizado nessa pesquisa, permite apenas generalizações analíticas dos resultados da pesquisa, não proporcionando robustez científica para se fazer generalizações estatísticas.

#### **4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

O hospital onde a pesquisa foi aplicada é referência em trauma no Rio Grande do Sul pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo 264 leitos e oferecendo atendimento em diversas especialidades, como Neurocirurgia, Traumatologia, Ortopedia, Cirurgia Plástica, Cirurgia do Trauma, Cirurgia Bucomaxilofacial e Cirurgia Vascular. A Emergência do hospital, com 22 leitos distribuídos conforme classificação de risco, atende cerca de 500 pacientes por dia, enquanto a UTI possui 29 leitos em boxes individuais e climatização. A média de permanência dos pacientes é de 11 dias.

A equipe de Neurocirurgia conta com 18 profissionais divididos em rotineiros e plantonistas. O serviço dispõe de 5 equipes para atendimento nas Unidades de Internação, Bloco Cirúrgico e Ambulatório. A Neurocirurgia é a segunda equipe

responsável pelo maior número de atendimentos no hospital, atrás apenas da especialidade de Traumatologia Ortopédica.

Nesta especialidade, assim como nas demais, grande parte das cirurgias eletivas são de pacientes que estão hospitalizados e que internaram via Emergência hospitalar. Os pacientes para submeterem-se ao procedimento cirúrgico devem ser liberados pela Clínica Médica após a realização de exames laboratoriais e de imagem. Os demais procedimentos cirúrgicos eletivos agendados são de pacientes que consultaram no ambulatório da instituição e realizaram exames laboratoriais e de imagem e foram liberados clinicamente para o procedimento cirúrgico proposto.

No período da realização dessa pesquisa, os pacientes internados na Unidade da Neurocirurgia receberam avaliação cardiológica antes do procedimento cirúrgico. Não havia disponibilidade de acompanhamento clínico diário nos dois turnos, assim como, não havia avaliação pré-anestésica.

Os motivos mais frequentes das suspensões, no contexto geral, foram encaixe de outra cirurgia de urgência (22,9%), paciente sem condições clínicas (20,3%), falta de leito na Unidade de Tratamento Intensivo (17%) e atraso da cirurgia anterior da mesma equipe (12,4%). No Quadro 3 se encontra a classificação das suspensões de cirurgias eletivas da Neurocirurgia em relação aos motivos em 2013.

Quadro 3: Classificação das suspensões de cirurgias eletivas da Neurocirurgia em relação aos motivos em 2013.

<b>Classificação da suspensão</b>	<b>Código do motivo da suspensão</b>	<b>Motivo da suspensão</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Institucionais	6	Encaixe de urgência	35	22,9%
Relacionada ao paciente	12	Paciente sem condições clínicas	31	20,3%
Institucionais	8	Falta de leito na UTI	26	17%
Relacionada ao médico e equipe	4	Atraso da cirurgia anterior mesma equipe	19	12,4%
Relacionada ao médico e equipe	11	Mudança de conduta do cirurgião	13	8,5%
Administrativas	1	Erro de lançamento	4	2,6%
Relacionada ao médico e equipe	5	Atraso cirurgia anterior outra equipe	4	2,6%
Institucionais	7	Falta leito na SR	3	2%
Relacionadas à enfermagem	13	Paciente com mau preparo	3	2%

Relacionada ao paciente	14	Paciente não compareceu	3	2%
Relacionada ao paciente	15	Paciente suspendeu	3	2%
Relacionada ao médico e equipe	2	Cirurgião ausente	2	1,3%
Institucionais	10	Equipamento não disponível	2	1,3%
Administrativas	19	Cirurgia antecipada	2	1,3%
Institucionais	17	Falta de sala adequada	1	0,7%
Institucionais	18	Falta de sangue	1	0,7%
Institucionais	20	Falta itens no Bloco	1	0,7%
<b>Total</b>			<b>153</b>	<b>100%</b>

Conforme mostra o Quadro 4, as causas institucionais tiveram a maior relevância nas suspensões dos procedimentos neurocirúrgicos eletivos, seguido pelas relacionadas aos médicos e equipe, aos pacientes, a enfermagem e administrativas.

Quadro 4: Classificação dos motivos das suspensões de cirurgias eletivas da Neurocirurgia em 2013

<b>Causas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Institucionais</b>			69	45,09
Encaixe de urgência	35	50,72		
Falta de leito na UTI	26	37,68		
Falta de leito na Sala de Recuperação	3	4,34		
Equipamento não disponível	2			
Falta de sala adequada	1	1,44		
Falta de sangue	1	1,44		
Falta de itens no Bloco Cirúrgico	1	1,44		
<b>Relacionadas aos médicos e equipe</b>			38	24,83
Atraso da cirurgia anterior da mesma equipe	19	47,5		
Mudança de conduta do cirurgião	13	32,5		
Cirurgião ausente	2	10		
Atraso da cirurgia anterior de outra equipe	4	10		
<b>Relacionadas ao paciente</b>			37	24,18
Paciente sem condições clínicas	31			
Paciente não compareceu	3			
Paciente suspendeu	3			
<b>Relacionadas a enfermagem</b>			3	1,96
Paciente com mau preparo	3	100		
<b>Administrativas</b>			6	3,92
Erro de lançamento	4	66,66		
Cirurgia antecipada	2	33,33		
<b>Total</b>	<b>153</b>		<b>153</b>	<b>100</b>

O número de cirurgias eletivas suspensas mensalmente variou de 9 a 17 cirurgias. As taxas de suspensões das cirurgias variaram de 22 a 41% conforme

mostra o Quadro 5, enquanto que na Figura 3 apresentam-se as taxas de suspensão das cirurgias eletivas mensalmente em 2013.

Quadro 5: O número de cirurgias eletivas suspensas mensalmente em 2013

Ano de 2013	Cirurgias eletivas programadas	Cirurgias eletivas realizadas	Cirurgias eletivas suspensas	Taxa das suspensões %
Janeiro	41	30	11	26,829
Fevereiro	35	24	11	31,428
Março	37	28	9	24,324
Abril	45	35	10	22,222
Maio	39	23	16	41,02
Junho	44	31	13	29,545
Julho	44	27	17	38,636
Agosto	49	35	14	28,571
Setembro	38	29	9	23,684
Outubro	37	25	12	32,432
Novembro	47	31	16	34,042
Dezembro	45	30	15	33,333
<b>TOTAL</b>	<b>471</b>	<b>318</b>	<b>153</b>	<b>32,48</b>

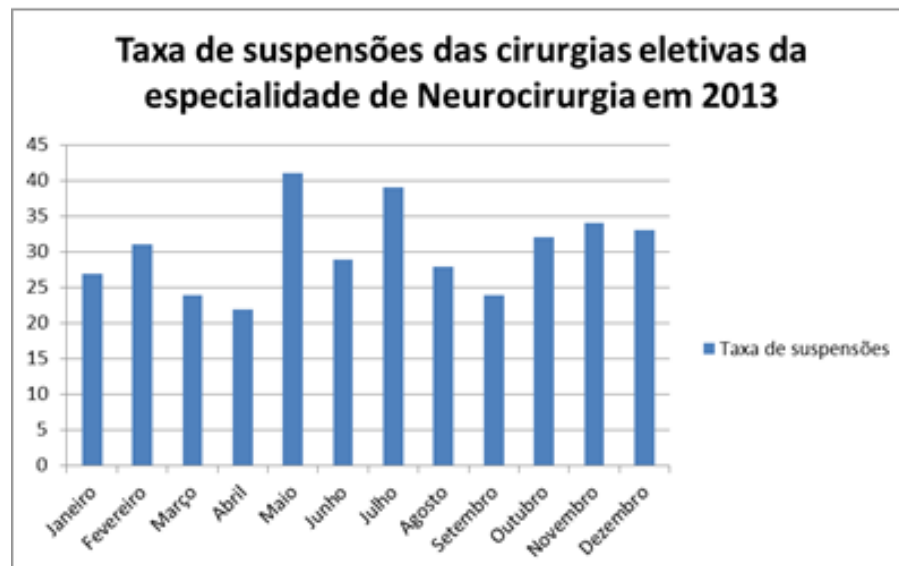


Figura 3: Taxa de suspensões de cirurgias eletivas da especialidade de neurocirurgia em 2013.

As taxas de suspensão de cirurgias da especialidade de Neurocirurgia descritas neste trabalho estão acima das taxas da maioria dos hospitais encontradas na literatura. Em hospital-escola do Paraná, de acordo com Nascimento (2011), a

taxa de suspensão da equipe de neurocirurgia foi de 14,2% contrastando com a taxa do hospital pesquisado nesse trabalho, que foi de 32,5%.

O custo de internação em 2013, da especialidade de Neurocirurgia, relativo à diária de cada paciente, disponibilizado pelo setor de contabilidade da instituição, foi de R\$ 763,56, enquanto que na Medicina Interna do outro hospital foi de R\$ 778,32. O gasto anual consequente da suspensão das cirurgias, gerado por um aumento do tempo de internação dos pacientes, foi de R\$ 368.888,04. O custo foi obtido através da multiplicação do valor do custo diário pelo número de dias de internação de cada paciente que foi excedido em razão a suspensão da sua cirurgia. Os custos mínimos, máximos e médios por paciente foram de R\$ 763,56, R\$ 16.798,32 e R\$ 4.289,40, respectivamente.

O hospital desta pesquisa, sendo um pronto socorro de referência para atendimento de trauma, tem na maior parte das suas cirurgias eletivas pacientes que internaram pela Emergência. Esta característica deve ser considerada ao se analisar o número significativo de suspensões motivadas por falta de condições clínicas na especialidade de neurocirurgia. Entretanto este problema poderia ser minimizado com a avaliação pré-anestésica somada ao acompanhamento clínico por turno.

As cirurgias de urgência são realizadas numa sala do Bloco Cirúrgico que é compartilhada por todas as especialidades do hospital, incluindo a neurocirurgia. Quando esta sala está ocupada por outra especialidade, a neurocirurgia eletiva é suspensa e o paciente de urgência tem prioridade de atendimento. Uma sala específica para o atendimento das urgências evitaria a suspensão das cirurgias eletivas em prol das outras.

Um número menor de pacientes teve suas cirurgias agendadas após atendimento ambulatorial. Esta situação pode explicar o número insignificante de absenteísmo por parte dos pacientes nos motivos de suspensões de cirurgias, contrariando a realidade de várias instituições hospitalares onde a origem da maioria dos pacientes para cirurgias eletivas é externa.

Após a internação todos os pacientes receberam visitas diárias das equipes e submeteram-se a avaliação cardiológica, porém, nem todos foram submetidos à avaliação clínica e nenhum paciente passou por avaliação pré-anestésica. Pacientes submetidos à avaliação pré-anestésica em outros centros têm suas cirurgias suspensas com menor frequência.

## 5 CONCLUSÕES

O indicador da taxa de suspensão de cirurgias eletivas é um sinalizador que nos permite conhecer as potenciais áreas de oportunidades de intervenções para melhorias.

Os motivos institucionais (45,09%), seguido dos relacionados aos médicos e equipe (24,83%) e aos pacientes (24,18%) foram os de maior incidência nas suspensões das cirurgias eletivas na especialidade de neurocirurgia na presente pesquisa.

A partir da análise dos principais motivos de suspensão, como falta de leitos na Sala de Recuperação e UTI, além de encaixe de cirurgias de urgência as melhorias, pode-se afirmar que melhorias a fim de impactar em tais motivos podem ser obtidas com mudanças de médio e longo prazo. Além disso, a implantação de melhorias como alterações estruturais, redimensionamento das salas cirúrgicas e contratação de recursos humanos geram custos institucionais, mas se a alternativa for mudança de fluxos, os prazos podem diminuir consideravelmente.

As suspensões de cirurgias eletivas relacionadas aos médicos e equipe são passíveis de alterações em curto prazo que podem trazer melhorias a instituição. Prever o tempo de duração de uma cirurgia, se esta não for de urgência, para que não se prolongue no horário da seguinte é dever do cirurgião. Mudar o planejamento cirúrgico para um paciente que internou pela emergência é plausível, entretanto, uma avaliação pré-operatória próxima ao procedimento poderia evitar a suspensão.

A falta de condições clínicas, motivo relacionado ao paciente, poderia ser prevista se fosse realizada uma avaliação pré-anestésica. Para tal situação, se a opção for contratar mais profissionais para a instituição, isso acarretaria em maiores custos, que implicaria em mudanças a médio e longo prazo. A reestruturação do serviço de anestesia já existente poderia diminuir o prazo e acelerar as melhorias. O mesmo acontece com a contratação de clínicos. A reestruturação destes profissionais que já atendem na instituição pode ser mais favorável à contratação de novos.

O gasto anual consequente da suspensão das cirurgias, gerado por um aumento do tempo de internação dos pacientes foi de R\$ 368.888,04. Se estivesse disponível o custo do Bloco Cirúrgico com materiais e recursos humanos o custo anual seria superior a esse valor mensurado.

Prever uma possível suspensão de cirurgia eletiva e evitá-la, seja em hospital público ou privado, significa atendimento de mais pacientes que necessitam de intervenção cirúrgica, prevenção de eventos adversos que afetam a segurança, além da diminuição de custos por paciente.

Gerenciar a melhor forma de evitar a suspensão das cirurgias eletivas, apesar de ser um grande desafio para os profissionais da assistência e gestores hospitalares ligados ao Bloco Cirúrgico, evita as repercussões negativas provocadas pelos cancelamentos na própria equipe de saúde, na vida do paciente e sua família.

A criação de um grupo de estudos multiprofissional, com a participação de cirurgiões, clínicos, anestesistas, enfermeiros e gestores, fazem parte das opções de grande auxílio para o gerenciamento. A participação deste grupo no desenho e mapeamento dos processos ligados às suspensões poderia ser o início da busca de soluções respeitando as particularidades de cada serviço e instituição. A capacitação e educação continuada oferecida aos gestores e para as equipes envolvidas facilitaria o melhor aproveitamento e aumento de recursos, diminuição de custos e melhoria na logística do fluxo dos pacientes.

A implantação de um indicador e monitoramento das suspensões das cirurgias auxiliado por ferramentas de gestão e pelo entendimento da coresponsabilidade de todos os envolvidos aumenta a possibilidade na resolução de eventos indesejáveis, além da prevenção de eventos adversos, o que promove o planejamento contínuo de melhorias e aumento na segurança dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. AQUINO, F. M.; MOURA, V. L. F.; PINTO, A. C. S. P. A Suspensão de Cirurgia e o Processo de Comunicação. **Revista de Pesquisa de Cuidados Fundamentais**. Abr./jun., vol. 4, n. 2, 2012, pp. 2998-2305.
2. ARÉVALO, A.; GÓMEZ-ARNAU, J. I.; DELACRUZ, F.J.; MARZAL, J. M.; RAMÍREZ, S.; CORRAL, E. M. *Causes for cancellation of elective surgical procedures in a Spanish general hospital González*. **Anaesthesia**, 2009; vol. 64, pp. 487–493.
3. AVILLA, M.A. G.; BOCCHI, S. C. M. Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2013, vol 47, n. 1, pp. 193-197.

4. BARBOSA, M. H.; GOULART, D. M. M.; DE ANDRADE, E. V.; DE MATTIA, A. L. Análise da suspensão de cirurgias em um hospital de ensino. **Enfermagem Globalizada**, abr. 2012, vol. 11, n. 26, pp. 164-173.
5. CAVALCANTE, J. B.; PAGLIUCA, L. M. F.; ALMEIDA, P. C. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: estudo exploratório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, ago. 2000, vol. 8, n. 4, pp. 59-65.
6. CHANG, J. H.; CHEN, K. B.; POON, K. S.; LIU, S. K. *Case review analysis of operating room decisions to cancel surgery*. **BMC Surgery**, jul. 2014, n. 23; pp. 14-47. Doi: 10.1186/1471 – 2482–14-47.
7. CHAVES SÁ, S. P., DO CARMO, T. G.; CANALE, S. **Avaliando o indicador de desempenho suspensão cirúrgica, como fator de qualidade na assistência ao paciente cirúrgico**. *Enferm. glob.*; 10(23); 190-199; 2011-07.
8. DICCINI, S.; CADAMURO, C.; ISI, L. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. **Acta Paul Enferm**, 2009, vol. 22, n. 2, pp. 205-209.
9. FERSCHL, M. B.; TUNG, A.; SWEITER, B.; HUO, D.; GLICK, D. B. *Preoperative clinic visits reduce operating room Cancellations and delays*. **Anesthesiology**, 2005, Oct, vol. 103, n. 4, pp. 855-859.
10. GARCIA, A.; FONSECA, L. F. A Problemática da Suspensão Cirúrgica: A Perspectiva dos Anestesiologistas. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, fev. 2013, vol. 7, n. 2, pp. 481-490.
11. GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
12. GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cadernos da Saúde Pública**, jun. 2010, vol 26, n. 6, pp. 1061-1078.
13. GUARÁ, E. D. Suspensão de cirurgias programadas em um hospital universitário: causas e implicações na dinâmica da instituição. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, jan-jun 2008, vol. 9, n. 1, pp. 52-55.
14. GUILLÉN, J. M.; BERMADÓ, A. J.; SOLANAS, J. A.; GUEDEA, M. E.; VILLAHOZ, E. R.; DÍEZ. M. M. *Cancellation in CMA: incidence and causes*. **Cir Esp**, 2012 Aug-Sep, vol. 90, n. 7, pp. 429-433.



15. HENDERSON, B. A.; NAVEIRAS, M.; BUTLER, N.; HERTZMARK, E.; FERRUFINO-PONCE, Z. *Incidence and causes of ocular surgery cancellations in an ambulatory surgical center. Journal Cataract Refract Surg*, 2006 Jan, vol, 32, n. 1, pp. 95-102.

1. Hovlid E; Bukve O; Haug K; Aslaksen AB; von Plessen C. A new pathway for elective surgery to reduce cancellation rates. *BMC Health Serv Res*; 12: 154, 2012.

2. Knox M, Myers E, Wilson I, Hurley. The impact of pre-operative assessment clinics on elective surgical case cancellations. *M20Surgeon* 2009; 7(2):76-8.

3. Landim, Fábio Machado; Paiva, Francisco Diego Silva de; Fiuza, Maria Luciana Teles; Oliveira, Emanuelle Pinheiro de; Pereira, Jonathan Guimarães; Siqueira, Iana de Almeida. Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade. *Rev Col Bras Cir*; 36(4): 283-287, jul.-ago. 2009. graf, tab

4. Macedo, Jaziele Magella; KANO, Juliana Akemi; BRAGA, Eliana Mara; GARCIA, Marla Andréia; CALDEIRA, Silvia Maria. CANCELAMENTO DE CIRURGIAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: CAUSAS E TEMPO DE ESPERA PARA NOVO PROCEDIMENTO. *Rev. SOBECC, São Paulo. jan./mar. 2013; 18(1): 26-34.*

5. Magri, Micheli Patrícia de Fátima; Espíndola, Rodrigo França de; Santhiago, Marcony Rodrigues de; Mercadante, Elisabeth Frolich; Kara Júnior, Newton. Cancelamento de cirurgias de catarata em um hospital público de referência. *Arg Bras Oftalmol*; 75(5): 333-336, set.-out. 2012. Tab

6. Mehta SS; Bryson DJ; Mangwani J; Cutler L. Communication after cancellations in orthopaedics: The patient perspective. *World J Orthop*; 5(1): 45-50, 2014 Jan 18

7. Mendes FF, Mathias LAST, Duval Neto GF, Birck AR19. Impacto da implantação de clínica de avaliação pré-operatória em indicadores de desempenho. *Rev Bras Anesthesiol* 2005 Mar-Abr; 55(2):175- 81.

8. Mendes W. Segurança do paciente: reflexões para a gestão em saúde Patient safety: reflections on health management Entrevista com Walter Vieira Mendes Júnior *Revista ACRED - ISSN 2237-5643 v. 4, n. 8 (2014)*

9. Mesquita, Evandro Tinoco; Ribeiro, Ary; Araújo, Mônica Peres de; Campos, Luiz Antonio de Almeida; Fernandes, Marco Aurélio; Colafranceschi, Alexandre Siciliano; Silveira, Celso Garcia da; Nunes, Edson; Rocha, Antônio Sérgio Cordeiro

da. Indicadores de qualidade assistencial na cirurgia de revascularização miocárdica isolada em centro cardiológico terciário. *Arq Bras Cardiol*; 90(5): 350-354, maio 2008. *gra*.

10. Nascimento LA do, Tillvitz LR, Fonseca LF. **SUSPENSÃO CIRÚRGICA: O ÂNGULO ESTATÍSTICO DE UM PROBLEMA DE REPERCUSSÕES HUMANAS.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(esp):6592-600, nov., 2013.

11. Oliveira AC. Controle de egresso cirúrgico: impacto na incidência da infecção de sítio cirúrgico em um hospital universitário. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem/UFMG; 1999

12. Oliveira AC et al. Estudo comparativo do diagnóstico da infecção do sítio cirúrgico durante e após a internação. *Rev Saúde Pública* 2002;36(6):717-22 [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)

13. Padoveze, Maria Clara; Oliveira, Denize Fornazari de; Russo, Christiane; Faria, Rosaura Antonieta Azevedo de; Lino, Mariza; Penteado, Maria de Lourdes Fraga; Martins, Mirian Franzoloso Santos; Paula, Ana. Melhorando o processo para reduzir o cancelamento de cirurgias oftalmológicas e as queixas de pacientes. *Mundo saúde (Impr.)*; 34(1): 82-85, jan.-mar. 2010. *tab, graf*.

14. Paranaguá, Thatianny Tanferri de Brito. **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON LOS INCIDENTES RELACIONADOS A LA MEDICACIÓN EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.** *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(1):41-8 [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)

15. Paschoal, Maria Lúcia Habib; Gatto, Maria Alice Fortes. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. *Rev Lat Am Enfermagem*; 14(1): 48-53, jan.-fev. 2006. *Tab*

16. Perroca MG, Jericó MC, Facudin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2007a mar; 41(1):113-19. [ Links ]

17. Perroca MG, Jericó MC, Facudin SD. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. *Rev Latino-am Enferm* 2007b Set- Out; 15(5):48-53

18. Pohlman GD; Stalcup SJ; Masterson RM; Vemulakonda VM. Contributing factors for cancellations of outpatient pediatric urology procedures: single center experience. *J Urol*; 188(4 Suppl): 1634-8, 2012 Oct.

19. Risso ACMCR, Braga EM. **A comunicação da suspensão de cirurgias**

**pediátricas: sentimentos dos familiares envolvidos no processo.** RevEscEnferm USP 2010; 44(2):360-7

20. Sampaio CEP, Ribeiro DA.ERFIL CIRÚRGICO E FATORES DETERMINANTES DAS SUSPENSÕES DE CIRURGIAS GERAIS AMBULATORIAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. abr./jun. 4(2):2938-47

21. SENA, Adnairdes Cabral. Nursing care to the elective surgery preoperative patient from the perspective of the Basic Human Needs. 2012. 135 f. Dissertation (Professional Master's in Nursing) – Nursing Post-Graduation Programme, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

22. Schofield WN, Rubin GL, Piza M, Lai YY, Sindhusake D, Fearnside MR, Klineberg PL. Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. Med J Aust 2005; 182(12):612-5.

23. Souza, Norma Valeria Dantas de Oliveira e; Mauricio, Vanessa Cristina; Marques, Livia Gomes; Mello, Carolina Viegas de; Leite, Gabriela Fontes Pessanha. Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. *REME rev. min. enferm*; 14(1): 82-87, jan.-mar. 2010. Graf.

24. Sultan N; Rashid A; Abbas SM. Reasons for cancellation of elective cardiac surgery at Prince Sultan Cardiac Centre, Saudi Arabia. J Saudi Heart Assoc; 24(1): 29-34, 2012 Jan.

25. Sung WC, Chou AH, Liau CC, Yang MW, Chang CJ. Operation cancellation at Chang Gung Memorial Hospital. Chang Gung Med J. 2010 Sep-Oct; 33(5): 568-75

26. YIN, Robert K. Estudo de caso : planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001-2004. 205 p