

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM CIRURGIA**

**ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR O CANCELAMENTO DE CIRURGIAS**  
**ELETIVAS EM HOSPITAIS PÚBLICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**CINTHYA LÁRISSA GONÇALVES DE ALCÂNTARA**

**MANAUS-AM**

**2025**

**CINTHYA LÁRISSA GONÇALVES DE ALCÂNTARA**

**ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR O CANCELAMENTO DE CIRURGIAS  
ELETIVAS EM HOSPITAIS PÚBLICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Cirurgia, da Universidade Federal do Amazonas para Defesa Final, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia - Mestrado Profissional em Cirurgia, na Área de Educação, Pesquisa, Assistência e Inovação em Cirurgia para a obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

**Orientador:** Prof. Dr. Juscimar Carneiro Nunes

**Co-Orientador:** Prof. Dr. Gerson Suguiyama Nakajima

**MANAUS-AM**

**2025**

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

---

- A347e Alcântara, Cinthya Lárissa Gonçalves de  
Estratégias para mitigar o cancelamento de cirurgias eletivas em  
hospitais públicos: uma revisão integrativa / Cinthya Lárissa Gonçalves de  
Alcântara. - 2025.  
93 f. : il., color. ; 31 cm.
- Orientador(a): Juscimar Carneiro Nunes .  
Coorientador(a): Gerson Suguiyama Nakajima.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa  
de Pós-Graduação em Cirurgia, Manaus, 2025.
1. Cancelamentos de Cirurgias. 2. Cirurgias Eletivas. 3. Causas. 4.  
Estratégias. 5. Guia. I. Nunes, Juscimar Carneiro. II. Nakajima, Gerson  
Suguiyama. III. Universidade Federal do Amazonas. Programa de Pós-  
Graduação em Cirurgia. IV. Título
-

# **ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR O CANCELAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS EM HOSPITAIS PÚBLICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Cirurgia, da Universidade Federal do Amazonas para Defesa Final, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia - Mestrado Profissional em Cirurgia, na Área de Educação, Pesquisa, Assistência e Inovação em Cirurgia para a obtenção do Título de Mestre em Cirurgia.

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Juscimar Carneiro Nunes (Presidente) - Orientador  
Instituição: Universidade Federal do Amazonas (PPGRACI/UFAM)

---

Prof. Dra. Andrezza Lauria de Moura – Membro Interno  
Instituição: Universidade Federal do Amazonas (PPGRACI/UFAM)

---

Prof. Dra. Celsa da Silva Moura Souza – Membro Externo  
Instituição: Universidade Federal do Amazonas (PPGCIS/UFAM)

---

Prof. Dr. Ronilson Ferreira Freitas – Suplente Interno  
Instituição: Universidade Federal do Amazonas (PPGRACI/UFAM)

---

Prof. Dr. João Marcos Bemfica Barbosa Ferreira – Suplente Externo  
Instituição: Universidade Estadual do Amazonas (PPMT/UEA)

## DEDICATÓRIA

À minha amada mãe Laurenice Lobato Gonçalves de Alcântara que sempre me incentivou na minha vida pessoal, acadêmica e profissional.

À Marilene Sena sempre presente no decorrer do mestrado incentivando e apoiando quando necessário.

À Dirce Brasil Cavalcante, minha amiga de todos os momentos da minha vida.

A todos que direta ou indiretamente me ajudaram na minha trajetória de vida pessoal e acadêmica.

À Universidade Federal do Amazonas, que me propiciou realizar minha graduação em enfermagem e agora o Mestrado em Cirurgia/PPGRACI, concedendo-me a oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente ao meu Senhor Jesus Cristo por me ajudar em cada momento deste processo.

Ao Professor Dr. Juscimar Carneiro Nunes pela dedicação, orientação, paciência, acompanhamento e ensinamentos e por sua constante e admirável capacidade de incentivar o desenvolvimento deste trabalho mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos colegas de turma do PPGRACI 2021 que foram parceiros nas aulas, nos trabalhos coletivos e individuais. Aos professores do programa em especial professor Dr. Gerson Sugiyama Nakajima, por seus ensinamentos e paciência.

Aos funcionários da Ufam/PPGRACI, pela presteza e dedicação ao programa.

*“Porque Sou Eu que conheço os planos que tenho para você, diz o Senhor. São planos de fazê-lo prosperar, e não de causar dano, planos de dar a você esperança e um futuro. Então, vocês clamarão a Mim, virão orar a Mim, e Eu o ouvirei...”*

***(Jeremias 29: 11-12)***

## RESUMO

**Introdução:** Para que um procedimento cirúrgico ocorra, a Instituição investiu em recursos físicos e humanos, ainda que este seja simples, toda uma logística é dispensada para sua realização. O cancelamento cirúrgico é visto como um evento comum entre os profissionais de centro cirúrgico. Entretanto, trata-se de um evento importante que deve ter a devida atenção de toda Equipe envolvida, pois muitos dos motivos dos cancelamentos são potencialmente evitáveis. Torna-se necessário, portanto, fazer o levantamento das principais causas que levam as cirurgias a serem canceladas e que sejam feitas intervenções direcionadas para a solução dessas causas. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi construir um Guia Clínico para mitigação do cancelamento de cirurgias eletivas em hospitais públicos. **Método:** Trata-se de uma Revisão integrativa realizada em seis etapas. O levantamento dos artigos foi atemporal, deu-se por meio de busca nas seguintes bases de dados: PubMed; Scientific Electronic Library Online (SciELO); Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lillacs); Biblioteca Virtual em Saúde (Bvs). **Resultados:** Foram encontradas 214 publicações que mencionavam cancelamentos de cirurgias e suspensões; selecionou-se 47 artigos que tinham afinidade com a temática, foram excluídos 42 estudos, resultando em 5 artigos na RIL. O Brasil teve o maior número de publicações, 4 estudos (80%), sendo apenas 1 estudo de outro país, Paquistão (20%); as bases de dados que apresentaram artigos foram SciELO Analytics 60%, e PubMed- National Library of Medicine 40%. As causas mais frequente que emergiram nos estudos da RIL foram relacionadas ao paciente, à administração e logística, e aos recursos humanos; 4 artigos (80%) trouxeram sugestões para mitigar os cancelamentos, sendo eles: Implantação de um Sistema de Controle Periódico 11,76%, Mapeamento do Perfil de Cirurgias e das Equipes Operatórias 11,76%, Acompanhamento Pré-Operatório e Orientações de Qualidade 5,88%, Educação Permanente e Acompanhamento realizada pelo Enfermeiro 11,76%, Indicador Taxa de Cancelamento 5,88%, Medidas Austeras de Redução da Taxa de Cancelamento 17,65%, Viabilizar o Privilégio para o Agendamento Cirúrgico a Equipes com Menor Taxa de Cancelamento 5,88%, Escalas de Avaliação de Risco Cirúrgico 5,88%, Governabilidade do Enfermeiro 11,76%, Planejamento de Recursos 5,88%, Comunicação Eficaz entre Profissionais 5,88%; diante dos resultados foi possível estabelecer um paralelo entre causas e sugestões emergentes na RIL, o que resultou no Guia Clínico. **Conclusão:** foi possível construir um guia com sugestões para mitigar os cancelamentos de cirurgia; observou-se que a maioria das causas levantadas são perfeitamente evitáveis; para tanto é necessário que a instituição de saúde se comprometa com a correção das causas, as quais são factíveis de ajustes, pois, em sua maioria são de processos organizacionais, não necessitando assim de aporte financeiro.

**Descritores:** Cancelamentos de Cirurgias; Cirurgias Eletivas; Causas; Estratégias; Guia; Hospitais Públicos; Intervenções; Manual de Procedimentos; Sugestões.

## ABSTRACT

**Introduction:** For a surgical procedure to occur, the Institution has invested in physical and human resources, although this is simple, all logistics are dispensed with for its performance. Surgical cancellation is seen as a common event among operating room professionals. However, this is an important event that must have the due attention of the entire Team involved, as many of the reasons for cancellations are potentially avoidable. It is necessary, therefore, to survey the main causes that lead to surgeries being canceled and that interventions are made aimed at solving these causes. **Objective:** The objective of this study was to construct a Clinical Guide to mitigate the cancellation of elective surgeries in public hospitals. **Method:** This is an integrative review carried out in six stages. The survey of articles was timeless, and was carried out through a search in the following databases: PubMed; Scientific Electronic Library Online (SciELO); Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lillacs); Virtual Health Library (VHL). **Results:** We found 214 publications that mentioned cancellations of surgeries and suspensions; 47 articles that had affinity with the theme were selected, 42 studies were excluded, resulting in 5 articles in RIL. Brazil had the highest number of publications, 4 studies (80%), with only 1 study from another country, Pakistan (20%); the databases that presented articles were SciELO Analytics 60%, and PubMed- National Library of Medicine 40%. The most frequent causes that emerged in the RIL studies were related to the patient, administration and logistics, and human resources; 4 articles (80%) brought suggestions to mitigate cancellations, namely: Implementation of a Periodic Control System 11.76%, Mapping of the Profile of Surgeries and Operative Teams 11.76%, Preoperative Follow-up and Quality Guidance 5.88%, Education Permanent and Follow-up performed by the Nurse 11.76%, Cancellation Rate Indicator 5.88%, Austere Measures to Reduce the Cancellation Rate 17.65%, Enable the Privilege for Surgical Scheduling to Teams with a Lower Cancellation Rate 5.88%, Surgical Risk Assessment Scales 5.88%, Nurse Governability 11.76%, Resource Planning 5.88%, Effective Communication between Professionals 5.88%; In view of the results, it was possible to establish a parallel between causes and emerging suggestions in the RIL, which resulted in the Clinical Guide. **Conclusion:** it was possible to build a guide with suggestions to mitigate surgery cancellations; it was observed that most of the causes raised are perfectly avoidable; To this end, it is necessary that the health institution is committed to correcting the causes which are feasible for adjustments, as most of them are organizational processes, thus not requiring financial support.

**Descriptors:** Cancellations of Surgeries; Elective Surgeries; Causes; Strategies; Guide; Public Hospitals; Interventions; Manual of Procedures; Suggestions.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC	CENTRO CIRÚRGICO
HE	HOSPITAL ESCOLA
RIL	REVISÃO INTEGRADA DA LITERATURA
GC	GUIA CLÍNICO
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
UA	UNIDADES DE APOIO
UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
PPO	PERÍODO PRÉ OPERATÓRIO
PTO	PERÍODO TRANS OPERATÓRIO
PPO	PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO
TEC	TEMPO DE ESPERA POR CIRURGIA
GC	GUIA DE CLÍNICO
OCDE	ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma do caminho metodológico da pesquisa.....	16
Figura 2	Fluxograma do caminho metodológico da pesquisa.....	18
Figura 3	Instrumento de coleta de dados da RIL.....	23
Figura 4	Fluxograma de publicações científicas selecionadas para análise quantitativa da RIL.....	29

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Artigos pesquisados de acordo com título, autor, ano de publicação, país do estudo, natureza do estudo, base de dados, objetivo geral e descritores.....	19
Tabela 2	Resumo dos dados.....	30
Tabela 3	Causas que levam aos cancelamentos de cirurgias que emergiram nas publicações levantadas pela RIL.....	32
Tabela 4	Estratégias para mitigar os cancelamentos que emergiram nos estudos levantados pela RIL.....	35
Tabela 5	Paralelo entre causas e estratégias encontrados nos artigos da RIL.....	48
Tabela 6	Paralelo entre causas e estratégias encontrados nos artigos da RIL.....	49

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.2 Objetivos.....	16
1.2.2 Específicos .....	16
1.3 Hipótese .....	16
2 MÉTODO .....	16
2.1 Construção da RIL.....	16
2.2 Construção do Guia Clínico .....	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
5 CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE.....	57

## 1 INTRODUÇÃO

Alves (2018) diz ser dever do Estado, garantir a saúde para toda a população, como forma de prover esta ordem constitucional. Para isto, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) regulado pela Lei no 8080/90 que operacionaliza o atendimento público de saúde no Brasil. Entretanto apesar deste direito constitucional, o Sistema de Saúde Brasileiro é muito ineficiente, principalmente no que tange a integração dos processos de trabalho.

A gestão da saúde é um grande desafio enfrentado pelo Brasil e por diversos países no mundo, principalmente, pela ocorrência a cada dia de novas doenças e das várias restrições de orçamentos existentes. É neste contexto que a melhoria da qualidade de saúde deve levar em conta a melhoria dos serviços ofertados, com um alto nível de cuidado com os pacientes, com custos diminuídos e com um bom ambiente de trabalho para os funcionários (Alves, 2018).

Com fins curativos e preventivos, a organização hospitalar se constitui como referência no contexto da atenção em saúde por oferecer cuidados diversificados, e se perfazer como um centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, dado o seu potencial aumentado em infraestrutura, recursos humanos e materiais (Abbas; Lezana; Menezes, 2002; Mozachi; Souza, 2017).

Hospitais com atendimento diversificado, têm-se, dentre seus diversos setores, o Centro Cirúrgico (CC) que é conceituado como sendo um local onde se reúnem elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação anestésica e pós-operatória. Centros cirúrgicos devem ser localizados em áreas que proporcionem segurança para técnicas assépticas, portanto distantes de locais com grande circulação de pessoas, ruído e poeira, e também próximos aos setores que necessitam de cuidados cirúrgicos urgentes e emergenciais. É considerada uma área crítica hospitalar por possuir risco aumentado de transmissão de infecções (Malagutti; Bonfim, 2013).

Portanto, Centros Cirúrgicos são uma organização complexa, onde, diversas partes relacionam-se para além de um design arquitetural, equipamentos e aparelhos sofisticados. É importante frisar que o funcionamento adequado deles, estão diretamente ligados ao relacionamento dessas partes de forma adequada, com critérios e integração entre eles. (Gomes, 2009).

Para que qualquer procedimento cirúrgico ocorra, um preparo prévio foi dispensado, alguns mais simples, outros mais complexos. Entretanto, tanto nos mais simples como no mais complexo, houve investimento da instituição que envolveu recurso físico e humano. Então, quando procedimentos cirúrgicos são cancelados, ocasionam uma sequência de prejuízos para

a instituição para a equipe de trabalho e o usuário da rede pública.

Os cancelamentos de cirurgias decorrem de vários motivos, inclusive de falta de planejamento. É um evento importante, que merece a devida atenção de toda a Equipe envolvida na realização do procedimento anestésico-cirúrgico, principalmente quando os motivos são potencialmente evitáveis (Tamiasso *et al*, 2018).

O cancelamento de um procedimento cirúrgico ocasiona uma sequência de prejuízos para a instituição e a equipe de trabalho envolvida. Segundo um estudo realizado em um Hospital Escola, dentre as 259 cirurgias canceladas, 58 resultaram em custos para a instituição. Este estudo identificou um custo de R\$1.713,66 decorrente de gasto com recursos humanos (60,1%) e insumos, sendo a equipe de enfermagem a categoria que dispensou maior quantidade de tempo nesse processo (2.255 minutos) (Cavalcante *et al*, 2000).

Estudos como de um Hospital de grande porte em Belo Horizonte, utilizou dados relacionados à quantidade de cirurgias eletivas realizadas e canceladas de julho a dezembro 2013, onde foram programados 5746 procedimentos cirúrgicos, sendo 298 cancelados, com uma taxa média de suspensão cirúrgica de 5,2%. As maiores causas de suspensão cirúrgica são falta de autorização (31,5%) seguido do paciente sem condições clínicas (19,5%). Percebeu-se que os motivos de cancelamento cirúrgico se relacionaram aos problemas administrativos e a falhas nas ações voltadas ao paciente (Moreira *et al*, 2013).

Pesquisadores da área de saúde tem se interessado pela problemática dos cancelamentos de cirurgias nas últimas décadas. Estudos sobre cancelamento de cirurgias eletivas, em especial, em hospitais públicos e universitários, apontam taxas que variam de 17,6% a 33% (5-8). Artigos da Espanha, Austrália, Inglaterra, Nigéria, Jordânia e do Brasil trazem estudos que mostram taxas de suspensão de cirurgias com variação de 3,6% a 28% (Perroca *et al*, 2007).

A metodologia mais difundida na literatura científica para a redução do índice de cancelamento propõe que seja feito um levantamento das principais causas que levam à suspensão do procedimento e, doravante, sejam realizadas intervenções direcionadas para resolução das principais causas (Botazini, Carvalho, 2017).

Há vários estudos exploratórios e de revisão da literatura da problemáticas cancelamentos de cirurgias, os quais, em sua maioria, apontam para as causas. No entanto, estudos com foco nas intervenções direcionadas para a solução das principais causas dos cancelamentos, necessitam ser realizados. Levantamentos bibliográficos, podem apresentar resultados favoráveis, que resultem em soluções aplicáveis que diminuam os cancelamentos de cirurgia nas instituições.

Este estudo propõe-se a realizar levantamento bibliográfico de estudos que apontem as

causas de cancelamentos de cirurgia em hospitais públicos e as intervenções realizadas para minimizá-los. Pretende-se, de outro modo, com a realização deste estudo poder contribuir para a redução dos cancelamentos de cirurgias, beneficiando os pacientes que aguardam por uma cirurgia, à instituição e equipe multiprofissional como um todo.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Construir um Guia Clínico para mitigação do cancelamento de cirurgias eletivas em hospitais públicos.

### 2.2 Específicos

- Realizar revisão integrativa da literatura sobre cancelamentos de cirurgias eletivas em hospitais públicos;
- Identificar os fatores geradores de cancelamentos de cirurgia no centro cirúrgico e as intervenções realizadas para minimizá-los;
- Elaborar um produto tecnológico, um Guia Clínico, abordando sugestões para evitar cancelamentos de cirurgias em hospitais públicos, baseado em evidências.

## 3 HIPÓTESE

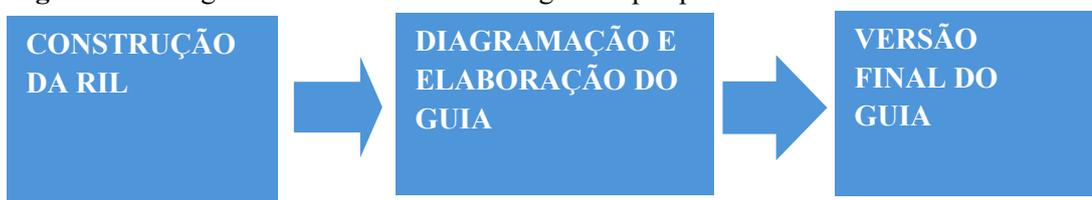
A literatura científica apresenta estratégias eficazes e que podem ser sistematizadas em um guia clínico no intuito de reduzir os cancelamentos de cirurgias eletivas em hospitais públicos.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Construção da RIL

O desenvolvimento deste estudo foi constituído de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que teve como finalidade a busca por evidências científicas que subsidiou a construção de um guia clínico sobre cancelamento de cirurgia eletiva em hospitais públicos.

**Figura 1:** Fluxograma do caminho metodológico da pesquisa



**Fonte:** Elaborado pela autora

Para subsidiar a produção de um guia clínico, realizou-se uma busca das evidências científicas sobre as estratégias de mitigação dos cancelamentos das cirurgias eletivas em hospitais públicos nas bases de dados bibliográficas por meio de uma revisão integrativa de forma atemporal.

O levantamento dos artigos deu-se por meio de busca nas seguintes bases de dados: PubMed; Scientific Electronic Library Online (Scielo); Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lillacs); Biblioteca Virtual em Saúde (Bvs).

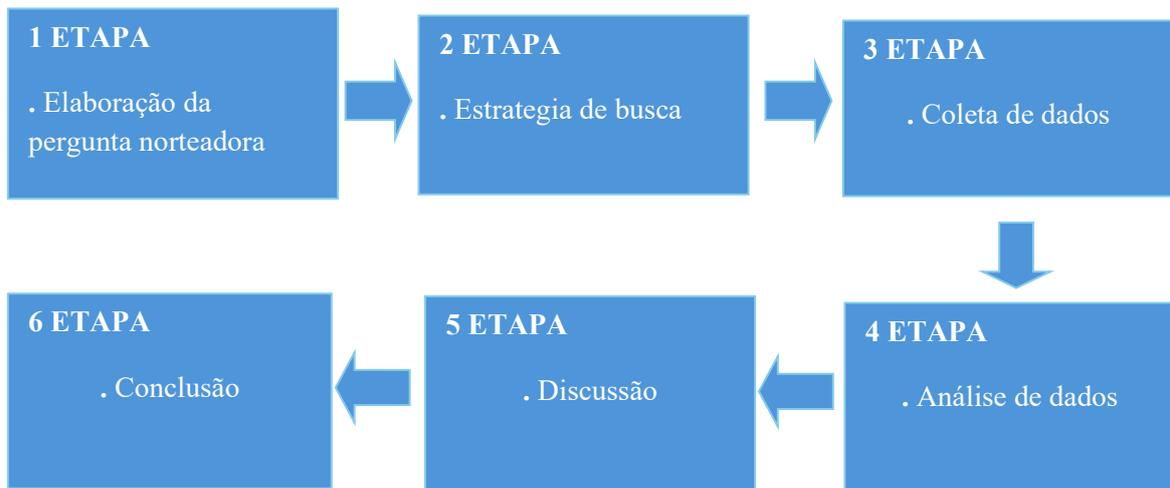
A busca nas bases de dados foi realizada no ano de 2024 a fevereiro de 2025. Foi utilizado como estratégia de busca o uso de Descritores Específicos vs. Amplos: Cancelamentos de Cirurgias, Cirurgias Eletivas, Hospitais Públicos, Causas, Manual de Procedimentos, Guias, Estratégias, Sugestões, Intervenções. Na base de dados SciELO, PubMed, Lilacs e Bvs as estratégias de busca foram: “Cancelamentos de Cirurgias vs. Causas”; “Cirurgias Eletivas vs. Cancelamentos de Cirurgias”; “Estratégias vs. Cancelamentos de Cirurgias”; “Hospitais Públicos vs. Cancelamentos de Cirurgias”; “Cancelamentos de Cirurgias vs. Manual de Procedimentos”; “Intervenções vs. Cancelamentos de Cirurgias”; “Sugestões vs. Cirurgias Eletivas”; “Guias vs. Cirurgias Eletivas”; “Intervenções vs. Cirurgias Eletivas”; “Hospitais públicos vs. Cirurgias Eletivas”.

O processo de construção da RIL é realizado por meio da sistematização dos estudos pesquisados e análise dos resultados encontrados relacionados a uma temática (Lanzoni; Meirelles, 2011).

A RIL é um método de pesquisa bastante difundido, entre profissionais da saúde, em especial da enfermagem, sendo de fundamental importância a diversas pesquisas (Teixeira et al, 2013). Para realização da Revisão Integrativa deste estudo, seguiu-se o estabelecimento de seis etapas, seguindo a literatura construída por Souza, Silva e Carvalho (2010), conforme apresentado na figura 2:

- Primeira: Elaboração da pergunta norteadora;
- Segunda: Estratégia de busca e amostragem da literatura;
- Terceira: Coleta de dados;
- Quarta: Análise crítica dos estudos selecionados;
- Quinta: Discussão dos resultados;
- Sexta: Conclusão sendo os resultados apresentados e formatados em quadros no programa Microsoft Word®, levando em consideração os resultados mediante uma meticulosa análise crítica.

**Figura 2:** Fluxograma do caminho metodológico da pesquisa



**Fonte:** Elaborado pela autora

#### 4.2 Critérios Inclusão

Como estratégia de busca de inclusão estabeleceu-se a eleição de estudos primários relacionados a artigos originais, artigos com resumos e textos integrais disponíveis online com relação a temática cancelamento de cirurgia eletiva em hospitais públicos, publicados em português, inglês e espanhol independente do ano de publicação (atemporal).

#### 4.3 Critérios de Exclusão

Estudos que continham no título suspensões de cirurgias foram desconsiderados, pois, seguiu-se a linha de que cancelamento e suspensão não se tratava de palavras com o mesmo significado (dicionário virtual). Estudos que foram realizados em unidades hospitalares de origem público/ privado também não foram considerados. Artigos de revisões bibliográficas foram descartados, artigos de estudos de caso e relatos de experiência foram desconsiderados da pesquisa.

#### 4.4 Questão Norteadora:

Quais foram as evidências científicas sobre as estratégias de mitigação de cancelamento de cirurgias eletivas em hospitais públicos?

Para ordenação e análise minuciosa dos dados, foi elaborado um Instrumento no programa Microsoft Word® com a finalidade de permitir uma melhor objetividade na coleta e compreensão dos resultados obtidos constituído sequencialmente por: título do artigo, ano de publicação autor, (es), país de estudo, natureza do estudo, base de dados, objetivo geral, descritores. Com este ordenamento foi possível realizar análise crítica e reflexiva dos estudos levantados, estes foram sujeitos a criteriosa leitura. Por derradeiro, após análise do material levantado, realizou-se a apresentação dos resultados e seguidamente a discussão, os quais permitiram a elaboração, construção e conclusão da revisão integrativa de literatura, tendo como base o alcance do objetivo do estudo (Minayo, 2014).

A Revisão integrativa da literatura (RIL) amparou a construção de um guia clínico, pois o conteúdo desta pesquisa, em função da especificidade da temática, sobre estratégias para mitigar o cancelamento de cirurgia eletiva em hospitais públicos serviu como referência para sua construção (Tabela 1).

**Tabela 1:** Instrumento de coleta de dados da RIL

ORDEM	TÍTULO	AUTOR (ES)	BASE DE DADOS/ANO/PAÍS/TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO
1	Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital escola: causas e estatísticas	Patrícia Ferreira Cavalcante de Sousa Araújo; Joice Silva do Nascimento; Shirlane Priscilla Barbosa de Melo Azedo; Suênia Mesquita Xavier; Isabel Karolyne Fernandes Costa; Gabriela de Sousa Martins Melo de Araújo	SCIELO 2020 Estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo, com análise documental dos registros arquivados no sistema informatizado da unidade do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Onofre Lopes, no período de abril de 2015 a abril de 2016.	Investigar as taxas de suspensão e motivos de cancelamento de cirurgias eletivas em um hospital escola do Rio Grande do Norte.
2	Suspensão de cirurgias eletivas em hospital público de Pernambuco: Visão crítica do paciente	Eder Dourado Martins da Costa <sup>1</sup> , Kerollayne Christine Jacob <sup>2</sup> , Lais Bezerra da Silva <sup>3</sup> , Iago Vieira Gomes <sup>4</sup> , Solange Queiroga Serrano <sup>5</sup>	Pub Med - 2021  Trata-se de estudo descritivo e exploratório de abordagem quantitativa e qualitativa, em um hospital público do Recife-PE. Reuniram-se os dados entre maio e setembro de 2019. Na primeira etapa, coletou-se o registro das cirurgias e, na segunda, uma entrevista semiestruturada com os pacientes.	Buscou-se avaliar a percepção dos pacientes sobre o cancelamento de cirurgia e estimar a frequência de suspensão cirúrgica nos últimos três anos
3	Fatores clínicos e organizacionais relacionados à suspensão de	Priscilla Glazielly dos Santos de Moraes <sup>1</sup> , Nayara Machado Dias Pachêco <sup>2</sup> , Rubiane Gouveia de Souza e Silva <sup>3</sup> , Paula Carolina Valença Silva <sup>4</sup>	Pub Med - 2017  Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, documental, de abordagem quantitativo, que	Descrever a frequência e os fatores clínicos e organizacionais relacionados à suspensão de cirurgias

	procedimentos cirúrgicos		analisou 2.956 procedimentos cirúrgicos eletivos em um centro cirúrgico de um hospital escola, por meio de mapas cirúrgicos. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva no programa <i>Epi Info</i> , versão 7.0, apresentados em tabelas e discutidos à luz da literatura	
4	Por que as cirurgias são suspensas? Uma investigação sobre as taxas, as causas e consequências em um hospital geral do rio de janeiro	Fernanda Morena dos Santos Barbeiro	PubMed - 2010  Pesquisa descritivo-exploratória com abordagem quantitativa a partir de pesquisa de campo em um centro cirúrgico de um hospital a partir da análise dos mapas cirúrgicos contendo a programação cirúrgica, o livro de relato de cirurgias e as fichas de suspensão.	Identificar a taxa de suspensão de cirurgias em um hospital geral do Rio de Janeiro, a frequência de cirurgias suspensas nas clínicas, os principais motivos de suspensão, além de propor medidas que minimizem suspensão cirúrgica.
5	Cancelamento de cirurgias de catarata em um hospital público de referência	Micheli Patrícia de Fátima MagriI; Rodrigo França de EspindolaII; Marcony Rodrigues de SanthiagoII; Elisabeth Frolich MercadanteIII; Newton Kara JúniorII.	SCIELO - 2012  -Trata-se de um estudo retrospectivo em que foram analisados o número de cancelamentos de facetectomias durante o ano de 2009. Foram analisados sexo, idade, tipo de procedimento suspenso (face emulsificação ou extração extracapsular do cristalino), tipo de anestesia, convênio (Sistema Único de Saúde ou convênio/particular) e motivo de suspensão da cirurgia (causas clínicas, institucionais ou pessoais).	Analisar a incidência e causas de cancelamento de cirurgias de catarata em um hospital público de referência. MÉTODOS: Trata-se de um estudo retrospectivo em que foram analisados o número de cancelamentos de facetectomias durante o ano de 2009. Foram analisados sexo, idade, tipo de procedimento suspenso (face emulsificação ou extração extracapsular do cristalino), tipo de anestesia, convênio (Sistema Único de Saúde ou convênio/particular) e motivo de suspensão da cirurgia (causas clínicas, institucionais ou pessoais).
6	Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada	Gisele Aparecida Alves Corral dos Santos;  Sílvia Cristina Mangini Bocchi.	SCIELO - 2016  Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo com dados secundários, extraídos de banco de dados de Hospital Público do Estado de São Paulo.	Caracterizar cancelamentos cirúrgicos eletivos segundo motivos clínicos e não clínicos, assim como verificar a influência sazonal e a estimativa de redução do índice.
7	Suspensão no centro cirúrgico do hospital do servidor público municipal de São Paulo	Sodré, Roberto Luiz;  El Fahl, Michely de Araújo Félix.	BVS-Biblioteca Virtual em Saúde- 2014; LILACS  -Estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, por meio de banco de dados e registro dos procedimentos cancelados, durante o período de janeiro de 2010 a dezembro de 2013.	Estabelecer a incidência de cancelamentos de procedimentos eletivos no centro cirúrgico, identificar as especialidades cirúrgicas mais envolvidas e os motivos mais frequentes de suspensões das cirurgias programadas.
8	Cancelamentos cirúrgicos eletivos em um Hospital público de Goiás	Bruna Póvoa Ribeiro;  Elias Emanuel Silva Mota;  Agnês Raquel Camisão;  Oliveiros de Oliveira e Silva Neto.  Lilhan Alves de Araújo	PubMed- 2022  Cadernos da escola de saúde- Cad. da Esc. de Saúde, Curitiba, v.21 n.2: 25-36 25 Doi: 10.25192/issn.1984-7041.v21i26351  -Estudo de caráter descritivo, retrospectivo e de aspecto quantitativo, desenvolvido por meio da análise de prontuários impressos e arquivados na sala de faturamento da unidade hospitalar selecionada	Identificar as causas envolvidas nos cancelamentos de cirurgias eletivas em um hospital público do interior do estado de Goiás.

			para estudo, referente ao total de cirurgias eletivas canceladas no período de janeiro a dezembro dos anos 2018 e 2019	
9	Causas institucionais para cancelamento de cirurgias eletivas	Silva, Maria Virginia Godoy da; Canto, Karen Corrêa do; Machado, Bianca Mondego; Silva, Leandro Andrade da; Meneses, Ricardo Oliveira; Francisco, Marcio Tadeu Ribeiro.	BVS-Biblioteca Virtual em Saúde - 2020  - Revisão integrativa da literatura, sistematizada pelo acrônimo Participante, Interesse e Contexto (PICO), de acordo com a estratégia PICO e procedimentos definidos pelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). A busca bibliográfica foi realizada em setembro de 2018 e atualizada em maio de 2020, nas bases de dados Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE)/PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Base de Dados em Enfermagem (BDEnf) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scopus (Elsevier) do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO). Foram consideradas publicações de 2008 até 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol.	Analisar as produções científicas sobre cancelamento de cirurgias eletivas pelas causas institucionais.
10	Fatores determinantes para suspensões de cirurgias eletivas em um hospital do Distrito Federal	Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes; Renata Valero Barbosa Franco;  Dalyanne Souza Vieira Diniz Morais;  Beatriz Coêlho Barbosa	PubMed  2018  SOBECC- Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico. Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo, realizado no centro cirúrgico de um hospital público do Distrito Federal.	Identificar los principales factores determinantes para la suspensión de cirugías electivas en un hospital público del Distrito Federal y calcular la tasa de suspensión de cirugiãs
11	Prevalência de suspensões cirúrgicas eletivas em um hospital público do sul do Brasil	Luana Maria dos Santos Machado;  Keyla Cristiane do Nascimento; Ana Graziela Alvarez;  Neide da Silva Knih; Luciana Fabiane Sebold;  Daiana Cesconetto	PubMed  2020  BVS-Biblioteca Virtual em Saúde-  2021  Estudo exploratório, retrospectivo, quantitativo. A coleta de dados foi realizada no banco eletrônico de um hospital público do Sul do Brasil, no período entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019. Consideraram-se as variáveis sexo, faixa etária, quantitativo de cirurgias, especialidade médica e motivos da suspensão das cirurgias e realizou-se análise estatística descritiva	Caracterizar a prevalência e as causas de suspensão das cirurgias eletivas considerando determinantes clínicos e não clínicos.
12	Cancelled elective general surgical operations in Ayub teaching hospital	Arshad Zafar, Tariq Saeed Mufti, Samson Griffin, Sajjad Ahmed, Johar Ali Ansari	PubMed  2007	Cancellation of operations in hospitals is a significant problem with far reaching consequences. This study was planned to evaluate reasons for cancellation of

			From July 2006 to June 2007 the medical records of all the patients who had their operations cancelled on  the day of surgery in all the three General Surgical units of Ayub Teaching Hospital, Abbottabad were audited prospectively. The number of operation cancelled and reasons for cancellations were documented.	elective surgical operation on the day of surgery in Ayub Teaching Hospital, Abbottabad.
13	Segurança do paciente no perioperatório: evidência dos fatores determinantes do cancelamento cirúrgico	Conteratto, Katrini dos Santos; Silva, Nathieli Aparecida da;  Pertille, Fabiane;  Ascari, Tania  Maria;  Ascari, Rosana Amora.	PubMed  BVS-Biblioteca Virtual em Saúde  2020  - Revisão integrativa da literatura desenvolvida nas bases de dados Scopus; Science Direct; Web of Science; PubMed Central® e Biblioteca Virtual de Saúde com os escritores “Surgical Procedures” e “Surgical Cancellation” em fevereiro de 2017	Identificar o que a produção científica mundial aborda sobre os fatores determinantes do cancelamento cirúrgico.
14	Taxa de cancelamento cirúrgico: Indicador de qualidade em hospital Universitário público	Silvania Lopes Pinheiro;  Raissa Ottes Vasconcelos;  João Lucas Campos de Oliveira;  Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos;  Nelsi Salete Tonini;  Débora Cristina Ignácio Alves.	SCIELO  2017  - Trata-se de pesquisa descritiva, transversal, retrospectiva e documental. Foi realizada com base nos agendamentos cirúrgicos e prontuários de pacientes a serem atendidos na Unidade de Centro Cirúrgico de um hospital de ensino público do interior do Paraná, Brasil.	Objetivou-se identificar a taxa de cancelamento cirúrgico em um hospital universitário público, bem como caracterizar as cirurgias e os motivos à sua suspensão
15	Análise da suspensão de cirurgias em um hospital de ensino	Barbosa, MH., Miranda Goulart, DM., Vieira de Andrade, E., De Mattia, AL		Identificar a taxa de suspensão cirúrgica e as justificativas para este procedimento em um hospital público de ensino.

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.5 Construção do Guia Clínico

A construção do guia foi diretamente amparada pelos achados da Revisão Integrativa da Literatura, cujo enfoque específico na identificação e análise de estratégias para mitigação de cancelamentos de cirurgias eletivas em contextos hospitalares públicos proporcionou o arcabouço científico indispensável à sua elaboração.

A RIL forneceu a fundamentação científica necessária para o guia clínico. Ela não foi construída apenas em opiniões ou experiências isoladas, mas sim em evidências consolidadas encontradas na literatura existente, de acordo com padrões de rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados. (Zocche, 2020).

De acordo com a Capes (Produção Técnica, 2019) um guia de instruções serve para uso de um dispositivo, para corrigir problemas ou para ajustar procedimentos de trabalho. Podendo vir

na forma de compêndio, livro/ guia pequeno ou em um documento /normativa, impresso ou digital, definindo assim, como se deve atuar em certos procedimentos (Brasil, 2019).

Nas literaturas mais difundidas sobre a temática cancelamento de cirurgias, apontam que para buscar correção para os cancelamentos faz-se necessário reuni-los primeiro, conhecer as causas dos mesmos e agrupá-los em categorias: relacionadas ao paciente, relacionadas a administração e logística, relacionadas aos recursos humanos e as estratégias para corrigi-los. (Mozer *et al.*, 2024).

O Guia Clínico, com propostas para mitigar os cancelamentos de cirurgias eletivas em hospitais públicos, foi construído com base nos resultados extraídos da RIL. Ele compila os principais problemas identificados nas publicações e respectivas soluções sugeridas, apresentadas de forma estruturada para facilitar a aplicação prática.

**Figura 3-**Estrutura baseada na RIL



**Fonte:** Elaborado pela autora

## **5 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **5.1 Evolução e estrutura do centro cirúrgico**

Há muito que se sabe que a cirurgia é praticada desde a pré-história, através de procedimentos de trepanação (operação que consiste em praticar uma abertura em um osso). A cirurgia teve seus primeiros avanços científicos no século XVI, com Ambroise Paré, conhecido como "o pai da cirurgia moderna". Paré esclareceu questões importantes de anatomia, fisiologia e terapêutica, e introduziu a prática de ligar artérias após amputações, em vez de utilizar a cauterização com ferro em brasa (Rezende, 2009).

O CC foi criado como unidade específica para garantir maior segurança, racionalização e otimização dos recursos físicos e materiais nos procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Devido os avanços ocorridos na ciência e nas indústrias, existe uma organização tecnológica no trabalho em saúde, do CC, no final do século XIX e início do século XX, tais como: a descoberta do gás hilariante óxido nitroso (NO<sub>2</sub>) para narcose e diminuição da dor; a criação de instrumentais para maior refinamento de manobras e melhor acesso à área operatória, diminuindo os sangramentos. Esses progressos científicos permitiram o domínio e controle sobre a dor, hemorragia e infecção, considerados empecilhos para intervenções cirúrgicas (Possari, 2004).

A Portaria n° 400 do Ministério da Saúde de 1977, define o CC como um conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como a recuperação anestésica e pode ser considerado como uma organização complexa devido às suas características de assistência especializada. É um setor de alto custo e complexidade, quer nos procedimentos, quer no gerenciamento, por sua especificidade, pelo constante estresse para a equipe, clientes e familiares, e pela possibilidade de riscos a que estão expostos os pacientes (Sobecc, 2009).

### **5.2 Organização do SUS e acesso à cirurgia**

Com quase 32 anos de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS), maior sistema público de saúde do mundo, atende mais de 190 milhões de pessoas todos os anos, sempre de forma integral e gratuita. Dessa forma, os serviços oferecidos são agrupados de acordo com o grau de complexidade necessário para acolher as demandas da população (Brasil, MS, 2022).

Os níveis de atenção e assistência à saúde no Brasil são estabelecidos pela Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção

à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eles: atenção primária, atenção secundária e terciária (Brasil, MS, 2022).

Eles são usados para organizar os tratamentos e serviços oferecidos pelo SUS a partir de parâmetros determinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de proteger, restaurar e manter a saúde dos cidadãos, com equidade, qualidade e resolutividade. É na atenção primária à saúde (APS), porta preferencial de entrada do usuário no SUS, onde a maioria dos problemas de saúde podem ser resolvidos ou encaminhados para tratamento na rede de atenção especializada (níveis secundário e terciário), se for o caso (Brasil, MS, 2022).

### 5.3 Tempo de espera e seus impactos

A literatura especializada demonstra que o tempo de espera para cirurgias eletivas é influenciado por múltiplos fatores inter-relacionados, que refletem desafios estruturais e operacionais dos sistemas de saúde. Em se tratando de fatores estruturais e organizacionais a capacidade instalada de serviços de saúde apresenta impacto direto nos tempos de espera. Como demonstrado por Siciliani *et al.* (2021) em estudo econométrico multicêntrico, a redução na disponibilidade de leitos hospitalares está significativamente associada ao aumento dos tempos de espera ( $\beta=0.18$ ,  $p<0.01$ ). A competição por recursos entre procedimentos eletivos e emergenciais é particularmente crítica, com evidências indicando que cada 5% de aumento em cirurgias de emergência resulta em elevação de 7% nas taxas de cancelamentos de procedimentos eletivos (Wong *et al.*, 2019).

Quando se refere aos aspectos clínicos e sociais a priorização de pacientes apresenta disparidades significativas. Pesquisa transversal conduzida no SUS revelou que pacientes de baixa renda aguardam em média 37% mais tempo que demais grupos populacionais, mesmo quando controlados por critérios clínicos (Pinto *et al.* 2020). Adicionalmente, o inadequado controle pré-operatório de comorbidades responde por aproximadamente 28% dos cancelamentos (Glance *et al.*, 2022).

Entretanto estudos de modelagem operacional demonstram que a otimização de agendas cirúrgicas através de algoritmos dinâmicos pode reduzir os tempos de espera em até 22% (Dexter *et al.*, 2021). A implementação de redes regionais integradas mostrou-se particularmente eficaz no contexto brasileiro, com redução do tempo médio de espera de 18 para 12 meses (Santana *et al.*, 2022).

Dados da OCDE- Organisation for Economic Co-Operation and Development (2023) revelam que 78% dos países membros registraram aumento nos tempos de espera no período

pós-pandêmico, sugerindo um agravamento global do problema. Esta tendência é particularmente preocupante em sistemas universais de saúde com restrições orçamentárias.

Para o profissional de saúde e para o hospital, essa espera acarreta maior complexidade do procedimento cirúrgico, com implicações no custo-efetividade, na medida em que a demora influi diretamente no desfecho clínico, eleva os custos dos procedimentos e aumenta o tempo de internação (Buus, 2015).

#### **5.4 Causas e consequências dos cancelamentos de cirurgias**

O procedimento cirúrgico se relaciona com uma mobilização elevada de recursos humanos, materiais e equipamentos. Seu agendamento envolve tanto trabalho administrativo quanto assistencial, além de interferir no planejamento das equipes e no fluxo das unidades de apoio. O atendimento responde as necessidades do paciente nos períodos pré, trans e pós-operatório (Barbeiro, 2010).

Dessa forma, ao ser notificado sobre a necessidade da realização de uma intervenção cirúrgica o paciente passa por um processo de estresse e mudanças no seu cotidiano para a realização da cirurgia. Por vezes, o paciente precisa afastar-se de suas atividades laborais e disponibilizar recursos financeiros, o que pode gerar comprometimento emocional por parte de todos os envolvidos (Cavalcante; Pagliuca; Almeida, 2000).

Diante da responsabilidade das instituições de saúde frente à realização de diversos procedimentos cirúrgicos, faz-se necessário focar na melhoria na qualidade e eficiência assistencial, com acompanhamento de indicadores de qualidade, como o cancelamento das cirurgias (Perroca; Jericó; Facundin, 2007).

O cancelamento de um procedimento cirúrgico ocasiona uma sequência de prejuízos para a instituição e sua equipe de trabalho. Segundo um estudo realizado em um Hospital Escola, dentre as 259 cirurgias canceladas, 58 resultaram em custos para a instituição. Tal estudo identificou um custo de R\$1.713,66 decorrente de gasto com recursos humanos (60,1%) e insumos, sendo a equipe de enfermagem a categoria que dispôs maior quantidade de tempo nesse processo (2.255 minutos) (Perroca; Jericó; Facundin, 2007).

Além dos prejuízos ocasionados à instituição, o cancelamento de cirurgias também envolve complicações para o paciente, que depositou sua confiança nos profissionais e esperava obter uma melhora na sua qualidade de vida através da realização do procedimento. Ademais, sentimentos de preocupação pela possibilidade de piorar seu quadro de saúde, impotência, raiva

e medo são despertados ao receber a notícia da suspensão de seu procedimento cirúrgico (Antonio, Munari; Costa, 2023).

Considera-se que o tempo de espera para resolução de problemas de saúde é elemento crítico nos sistemas universais de saúde por ser um indicador da oferta de serviços para a população (Taniguchi, 2015).

O tempo de espera excessivo para a realização de cirurgia eletiva pode ter implicações desfavoráveis, tanto para o paciente e sua família, quanto para o profissional de saúde, para o hospital, o sistema de saúde, e, enfim, para a própria sociedade (Buus, 2015).

Para o paciente, essa espera, além da angústia natural por não ter seu problema tratado adequadamente, pode causar complicações, como o agravamento do seu estado inicial e, até, à morte (Buus, 2015).

Um estudo sobre os fatores relacionados aos cancelamentos de cirurgias identificou quatro principais correlações: paciente, organização da unidade, recursos humanos e materiais e equipamentos. Desta forma, as causas relacionadas ao paciente foram: o não comparecimento para internação, a condição clínica desfavorável, a falta de jejum e a recusa para realização da cirurgia. Em relação à organização da unidade, foram mencionadas a falta de vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a prioridade das cirurgias de urgência, a ausência de documentação e exames, os erros na programação cirúrgica e a falta de comunicação entre as equipes. Dentre as causas relacionadas aos recursos humanos foram destacadas: tempo cirúrgico excedido, mudança de conduta médica e a falta de médico (Aquino; Moura; Pinto, 2012).

As consequências de cancelamentos cirúrgicos são variáveis, daí a importância de verificar os motivos do cancelamento dos procedimentos. Motivos como a ausência do paciente no dia do procedimento tem sido enfocado por alguns autores. (Botazini *et al.* 2015).

A temática dos cancelamentos cirúrgicos tem sido bastante explorada por alguns pesquisadores; estudos sobre cancelamentos cirúrgicos eletivos, principalmente em hospitais públicos e universitários, demonstram taxas que variam de 17,6% a 33%. (Perroca *et al.* 2007).

## **5.5 Propostas da literatura para mitigar o cancelamento**

Estudos apontam que para buscar corrigir os cancelamentos faz-se necessário primeiro conhecer suas causas, posteriormente, para melhor interpretá-los, deve-se fazer o agrupamento dos motivos de várias maneiras, tal como relacionados ao paciente, fatores institucionais e equipe de cirurgia, bem como, em clínicos e não clínicos; separando esses motivos em grupos maiores o que auxiliaria sua interpretação, visto que aproximadamente 80% desses

cancelamentos poderiam ser evitados. (Mozer *et al.*, 2024).

Um estudo realizado no hospital universitário de alta complexidade no estado do Rio de Janeiro, sugeriu como estratégia para diminuir a taxa de cancelamento cirúrgico e, em vista disso, aumentar a produtividade cirúrgica o recurso do bate-mapa, a fim de modelar os possíveis problemas relacionados ao cancelamento da cirurgia, bem como a visita pré-operatória, organização do planejamento por porte cirúrgico ( as especialidades foram classificadas de acordo com o porte cirúrgico, bem como, o tempo cirúrgico, onde as cirurgias foram consideradas em: cirurgias de porte I com duração até 2h, de porte II com duração de 2 a 4h, de porte III com duração de 4 a 6h e porte IV com duração acima de 6h), e domínio dos recursos humanos, materiais e equipamentos. (Reis *et al.*, 2019).

Alguns estudos sinalizam para consequências notáveis que o cancelamento do procedimento cirúrgico causa à instituição de saúde, aos pacientes e familiares. Daí a importância de se buscar as causas dos cancelamentos, delimitar os motivos, buscando seus ajustes a fim de diminuir ou evitá-los. (Conteratto *et al.*, 2020).

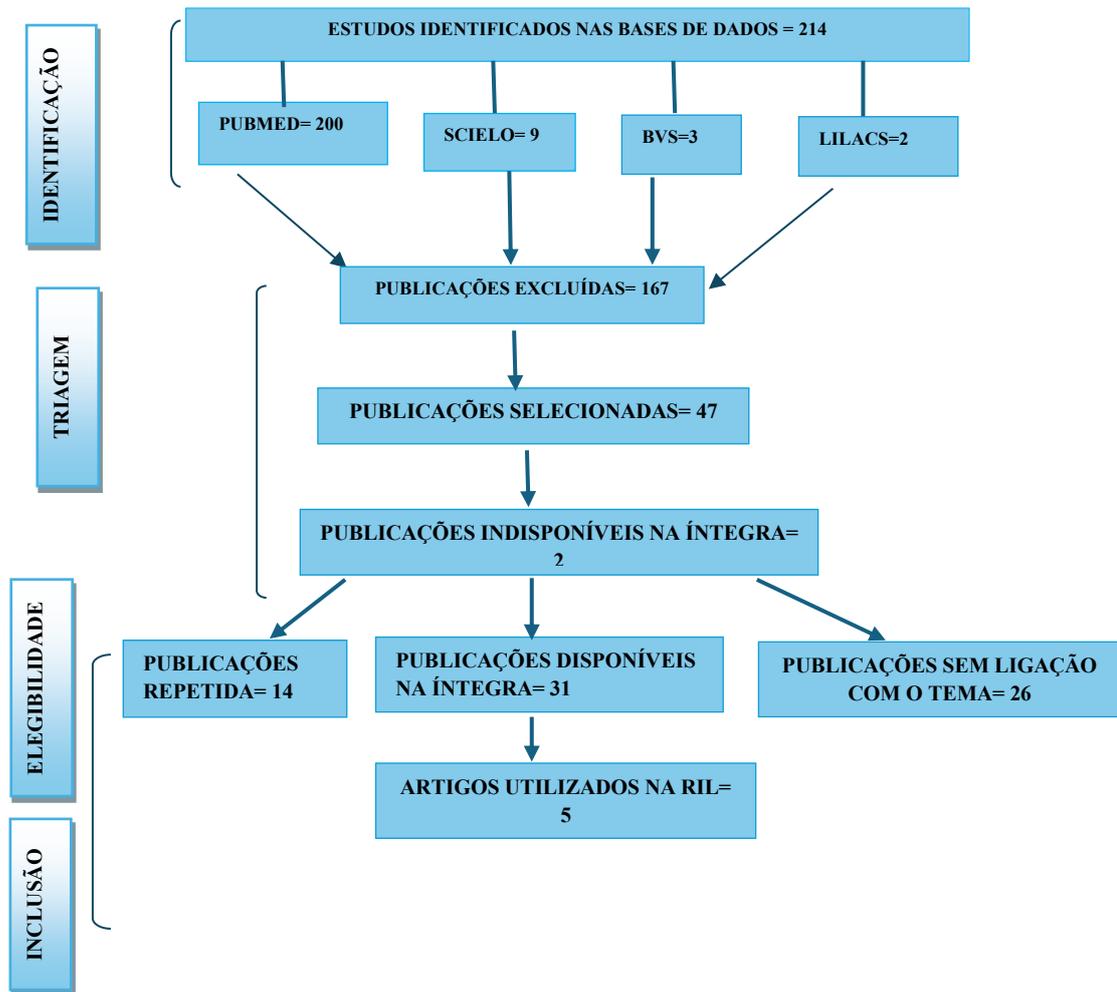
## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados obtidos referem-se à construção da Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que fundamentou o desenvolvimento do Guia Clínico com estratégias voltadas à mitigação dos cancelamentos de cirurgias eletivas no contexto de hospitais públicos.

Nas bases de dados foram encontradas 214 publicações que mencionavam cancelamentos de cirurgias e suspensões, que após uma nova triagem, mediante a releitura dos títulos e resumos, selecionou-se 47 artigos que tinham afinidade com a temática, cancelamento de cirurgia eletiva em hospital público, e que respondiam à questão norteadora, tendo sido lidos na íntegra. Após leitura exaustiva, estudos que continham no título suspensões de cirurgias foram desconsiderados, pois, seguiu-se a linha de que cancelamento e suspensão não se tratava de palavras com o mesmo significado (dicionário virtual), estudos que foram realizados em unidades hospitalares de origem público/ privado também não foram considerados, artigos de revisões bibliográficas foram descartados, artigos de estudos de caso e relatos de experiência foram desconsiderados da pesquisa.

Destes, foram excluídos 42, resultando em 5 artigos que responderam à pergunta norteadora conforme demonstrado na Figura 3.

**Figura 4:** Fluxograma de publicações científicas selecionadas para análise quantitativa da RIL



Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 2 :** Artigos pesquisados de acordo com título, autor, ano de publicação, país do estudo, natureza do estudo, base de dados, objetivo geral e descritores

ORDEM	TÍTULO	ANO DE PUBL.	AUTORES	PAÍS DO ESTUDO	NATUREZA DO ESTUDO	BASE DE DADOS	OBJETIVO GERAL	DESCRIPTORIOS
1	Cancelled Elective General Surgical Operations In Ayub Teaching Hospital	2007	Zafar et al.	Paquistão	Prospectivo	PUBMED	Avaliar os motivos do cancelamento de cirurgias eletivas no dia da cirurgia no Hospital Universitário Ayub	Surgical Operations
2	Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital brasileiro: motivos e redução estimada	2017	Santos GAA, Bocchi SCM	Brasil	Quantitativo Descritivo Retrospectivo	SCIELO	Caracterizar cancelamentos cirúrgicos eletivos segundo motivos clínicos e não clínicos	Procedimentos Cirúrgicos Eletivos; Centro Cirúrgico Hospitalar; Administração Hospitalar; Hospitais Públicos; Avaliação em Saúde
3	Taxa de cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade em Hospital Universitário Público	2017	Pinheiro et al.	Brasil	Descritivo Transversal Retrospectivo	SCIELO	Identificar a taxa de cancelamento cirúrgico em hospital universitário público	Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Centro Cirúrgico Hospitalar; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Gestão da Qualidade; Enfermagem Perioperatória
4	Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital escola: causas e estatísticas	2020	Araújo et al.	Brasil	Descritivo Retrospectivo Quantitativo	SCIELO	Investigar as taxas de suspensão e motivos de cancelamentos de cirurgias eletivas em um hospital escola do Rio Grande do Norte	Especialidade cirúrgica; Suspensões; Centro cirúrgico hospitalar; Procedimentos cirúrgicos eletivos
5	Cancelamentos Cirúrgicos Eletivo em um Hospital Público de Goiás	2022	Ribeiro et al.	Brasil	Descritivo Retrospectivo Quantitativo	PUBMED	Identificar as causas envolvidas nos cancelamentos de cirurgias eletivas em hospital público do interior do estado de Goiás	centro cirúrgico; cancelamento de cirurgia; enfermagem perioperatória

**Fonte:** Elaborado pela autora

## 6.1 Análise dos resultados da RIL

**De acordo com o levantamento, o Brasil teve o maior número** de publicações, 4 estudos (80%), sendo apenas 1 estudo de outro país, Paquistão (20%).

**As bases de dados** que mais apresentaram artigos selecionados foram respectivamente, SciELO Analytics, com 3 artigos (60%), e PubMed- National Library of Medicine, com 2 artigos (40%). Não houve seleção de artigos das bases Lilacs-Literatura Latino-Americana (0%) e do Caribe em Ciência da Saúde e nem da Bvs- Biblioteca Virtual em Saúde (0%).

**Quanto ao ano de publicação**, o ano com mais artigos encontrado na pesquisa foi 2017, com 2 artigos (40%), sendo o ano de 2007 com 1 (20%), 2020 com 1 (20%) e 2022 com 1 (20%).

**No que se refere aos periódicos**, no cenário brasileiro, 3 artigos foram publicados na área de Enfermagem (60%), outro em periódico de Ciências Biológicas (20%). No panorama internacional houve uma publicação na área Médica Cirúrgica (20%).

**Quanto ao delineamento dos estudos**, os resultados apontaram as seguintes estruturas metodológicas: 4 estudos descritivos (40%), 4 retrospectivos (40%), 3 quantitativos (30%), 1 transversal (10%) e 1 prospectivo (10%).

**Quanto ao tipo de unidade hospitalar**, todos os estudos da RIL ocorreram em hospitais de ensino (100%).

**Tabela 3:** Resultado da RIL

<b>CATEGORIA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>%</b>
<b>Origem das Publicações</b>	Brasil	80%
	Paquistão	20%
<b>Bases de Dados</b>	SciELO	60%
	PubMed	40%
	Lilacs	0%
	Bvs	0%
<b>Ano de Publicação</b>	2017	40%
	2007	20%
	2020	20%
	2022	20%
<b>Periódicos</b>	Enfermagem	60%
	Ciências Biológicas	20%
	Área Médica Cirúrgica	20%
<b>Delineamentos dos Estudos</b>	Descritivos	40%
	Retrospectivos	40%
	Quatitativos	30%
	Transversais	10%
	Prospectivos	10%
<b>Tipo de unidade hospitalar</b>	Ensino	100%

**Fonte:** Elaborado pela autora

A pesquisa científica sobre o cancelamento de cirurgias eletivas em hospitais públicos, revelou uma série de causas de cancelamentos que se repetem em diferentes estudos, refletindo um fenômeno complexo e multifatorial. Em seu estudo Mozer et al. (2024), apontam que cada cancelamento cirúrgico se deu pela capacidade de abranger o conteúdo dos submotivos relacionados, para tanto, certificando-se de manter a palavra mestra, a qual era recorrente na maioria dos submotivos de cancelamento. Um estudo realizado em hospital de grande porte da cidade do Rio de Janeiro (2011), sinaliza para a importância de não apenas quantificar as suspensões cirúrgicas, mas também fazer sua qualificação, identificando os seus motivos e os

envolvidos, para assim, permitir a elaboração de estratégias que diminuam os índices de cancelamentos com segurança. Corroborando com o levantamento das causas de cancelamentos deste estudo.

Das causas que levam aos cancelamentos de cirurgias, dos 5 artigos que compuseram esta revisão integrativa, as causas mais frequentes que emergiram em dois ou mais estudos foram as seguintes:

**Fatores Relacionados ao Paciente:** Em relação as condições clínicas do paciente a descompensação de condições de saúde crônicas, como hipertensão e diabetes, e outras causas clínicas não especificadas nos estudos, foi identificada como uma das principais causas de cancelamento, o que pode ser visto em 5 estudos (estudos 1,2,3,4 e 5). Outros fatores como pré-operatórios incompletos (sem especificações), foram identificados nos estudos com frequência, como resultado do cancelamento cirúrgico, sendo vistos em 4 estudos (estudos 1,3,4 e 5).

A falta de exames e documentos e falta de jejum foram apontados em 2 estudos, ambos nos estudos 1 e 3. Melo *et al* (2021), em sua pesquisa em hospitais públicos brasileiros, reforçam essa observação, mostrando que a avaliação pré-operatória inadequada e a falta de controle das condições clínicas resultam em cancelamentos frequentes. Um estudo na Espanha, García *et al.* (2020) também destacou que a falta de um protocolo rigoroso de triagem para pacientes com condições crônicas contribui para o aumento das taxas de cancelamento.

A pesquisa revelou que a falta de comparecimento e a recusa do paciente em realizar a cirurgia são causas frequentes de cancelamento, a alta taxa de absenteísmo, apareceram em 4 estudos (estudos 2,3,4 e 5), e recusa em realizar a cirurgia em 3 estudos (estudos 1,4 e 5). Esses fatores estão frequentemente associados a preocupações com a saúde, medo do procedimento e falta de compreensão sobre a necessidade da cirurgia.

Um estudo realizado em hospitais públicos brasileiros por Santos *et al* (2017) também encontrou altas taxas de absenteísmo, destacando que a falta de informação e o medo do desconhecido são fatores críticos que levam os pacientes a não comparecerem. Em um contexto internacional, um estudo no Reino Unido por Smith *et al* (2019) corroborou esses achados, indicando que a comunicação inadequada sobre o procedimento contribui significativamente para o não comparecimento. No Brasil, um estudo realizado em uma policlínica universitária no Rio de Janeiro (2024), frisou que a falta do paciente no dia do procedimento agendado, é um desafio significativo, onde, diversos fatores podem contribuir para este problema, pré-operatório inadequado, dificuldades financeiras, problema no agendamento e comunicação ineficaz entre paciente e o serviço de saúde.

**Fatores Relacionados a Administração e Logística da Unidade:** A falta de materiais e equipamentos, foram identificadas como uma preocupação central na pesquisa, sendo apontadas em 5 estudos (estudo 1,2,3,4, e 5). Um estudo realizado na Índia por Sharma et al. (2021) apontou que a ineficiência administrativa e a falta de planejamento logístico resultaram em altos índices de cancelamento, afirmando os encontrados nesta pesquisa, este estudo sugeriu que a implementação de sistemas de gerenciamento de recursos poderia otimizar a programação cirúrgica. O fator logístico, como a falta de leitos em UTI e unidade de internação, foi observado em 3 estudos (estudos 1,3 e 4).

A superlotação e a falta de leitos em unidades de terapia intensiva foram identificadas como causas de cancelamento. Em sua pesquisa, Carvalho *et al* (2020) indica que a sobrecarga do sistema de saúde pode levar a cancelamentos frequentes, corroborando com os encontrados neste estudo. Carvalho sugeriu ainda, que um melhor gerenciamento de leitos e recursos pode reduzir esses cancelamentos.

**Fatores Relacionados ao Planejamento Cirúrgico:** O tempo cirúrgico excedido foi identificado como causa de cancelamento em 3 estudos (estudos 3,4 e 5), bem como problemas no agendamento (planejamento cirúrgico), 2 estudos (estudos 3 e 4) apontaram o erro na programação cirúrgica como motivo de cancelamento. Da mesma forma, um estudo na África do Sul por Nkosi *et al*, 2022, revelou que a falta de pessoal qualificado e a má gestão de recursos são barreiras significativas para a realização de cirurgias.

Segundo Oliveira *et al* (2019), a ineficiência administrativa e a falta de planejamento podem levar a cancelamentos, especialmente em ambientes com alta demanda; a falta de comunicação entre as equipes de saúde e os pacientes também é frequentemente citada como um fator que contribui para a desorganização e a falta de clareza nas orientações. As cirurgias de emergências também foram razão para cancelamento cirúrgico em 2 estudos (estudos 2 e 4).

**Fatores Relacionados ao Recursos Humanos:** A escassez de anestesistas e outros profissionais de saúde foi identificada como bem significativas na pesquisa. A falta de profissionais médicos anesthesiologistas, cirurgiões e equipe de enfermagem ocorreu em 3 estudos (estudos 1,3 e 4). De acordo com Fernandes *et al* (2018), a falta de profissionais qualificados é uma barreira significativa, especialmente em hospitais públicos. A literatura sugere que a contratação de mais profissionais e a implementação de turnos flexíveis podem ajudar a mitigar essa questão.

Cancelamentos advindos do cirurgião como: a pedido do cirurgião e mudança de conduta do cirurgião, foram encontrados em 3 estudos, estudos 2,3 e 4, e estudos 2,3 e 5, respectivamente.

**Tabela 4:** Causas que levam aos cancelamentos de cirurgias que emergiram nas publicações levantadas pela RIL

CATEGORIAS	CAUSAS	ESTUDOS	%
<b>1.Relacionadas ao Paciente</b>	Descompensação de condições crônicas	5 estudos (1, 2, 3, 4, 5)	100%
	Pré-operatório incompleto	4 estudos (1, 3, 4, 5)	80%
	Falta de exames e documentos	4 estudos (1, 3, 4, 5)	80%
	Absenteísmo	4 estudos (2, 3, 4, 5)	80%
	Recusa do paciente	3 estudos (1, 4, 5)	60%
	Falta de jejum	2 estudos (1, 3)	40%
<b>2.Relacionadas à Administração e Logística (planejamento cirúrgico)</b>	Problemas com materiais e equipamentos	5 estudos (1, 2, 3, 4, 5)	100%
	Falta de leitos de UTI e internação	3 estudos (1, 3, 4)	60%
	Tempo cirúrgico excedido	3 estudos (3, 4, 5)	60%
	Erro na programação cirúrgica	2 estudos (3, 4)	40%
	Cirurgias de emergência	2 estudos (2, 4)	40%
<b>3.Relacionadas aos Recursos Humanos</b>	Falta de profissionais	3 estudos (1, 3, 4)	60%
	Cancelamento a pedido do cirurgião	3 estudos (2, 3, 4)	60%
	Mudança de conduta do cirurgião	3 estudos (2, 3, 5)	60%

**Fonte:** Elaborado pela autora

Dos 5 artigos indicados pelos resultados da RIL, 4 (80%) trouxeram estratégias para mitigar os cancelamentos de cirurgias. Em um estudo de prevalência de suspensões cirúrgicas eletivas realizado em um hospital público no Sul do Brasil (2021), das propostas citadas para reduzir as suspensões, o mesmo, destacou o controle e a investigação dos motivos de suspensão, melhorias no planejamento das cirurgias, comunicação entre instituição e pacientes, monitoramento de indicadores, correto registro detalhado por profissionais envolvidos na suspensão, atividades constantes de conscientização e educação permanente; tal estudo reforça

os resultados encontrados nos artigos da RIL desta pesquisa, os quais foram:

**Implantação de um Sistema de Controle Periódico (11,76%):** encontrados em dois estudos (4 e 5). A implantação de sistemas de controle periódico para monitorar frequências e causas de cancelamentos é uma prática amplamente recomendada. Chiu *et al* (2014), destacam que a coleta sistemática de dados permite identificar padrões e implementar correções proativas. No Brasil, Silva *et al* (2019) reforçam a importância de auditorias internas para reduzir taxas de cancelamento, o que corrobora com os achados neste estudo.

De fato, sistemas periódicos de controle e monitoramento é prática essencial para reduzir taxas de cancelamentos e melhorar a eficiência operacional, pois permite a coleta contínua de dados, identifica e classifica os motivos de maiores incidências de cancelamentos, apontando dias, períodos e responsáveis, através de auditorias internas permitindo revisões periódicas dos processos para detectar falhas sistêmicas, bem como, treinamento de equipes com base nos dados obtidos. Ferramentas como uma simples planilha de registro, no Excel ou Google Sheets, podem ser utilizadas, na ausência de softwares ou um sistema de gestão. Entretanto, para que dados sejam trabalhados é necessário que eles existam. Daí a importância de pessoas bem treinadas na alimentação deles, pois muitas vezes os gestores até conseguem implantar grandes sistemas. No entanto, deixam de trabalhar a base da pirâmide, com a ausência de recursos humanos ou a falta de orientação adequada dos profissionais na alimentação dos dados. Lembrando que sem dados não há evidências. Ou até se tem os dados, mas não se corrige os problemas apontados por eles. Portanto, a conjugação entre sistemas de controle periódico, análise de dados e auditorias internas constitui um paradigma metodológico capaz de fomentar a melhoria contínua e a sustentabilidade operacional.

**Mapeamento do Perfil de Cirurgias e das Equipes Operatórias (11,76%):** esta estratégia surgiu em dois estudos (3 e 4). O mapeamento do perfil de cirurgias e equipes operatórias é essencial para um agendamento mais racional, por meio do controle do tempo despendido para cirurgias e a necessidade de leitos de referência em outras unidades. Pelas equipes médica e de enfermagem e com a observação dos cirurgiões, no tocante à subestimação do tempo para a realização da cirurgia. Dexter *et al* (2012) mostram que a revisão prévia de prontuários e a confirmação de recursos reduzem cancelamentos. Oliveira *et al* (2020) destacam a falta de integração entre equipes como um fator de cancelamento. Machado *et al* (2021) em seu estudo apontam que os profissionais responsáveis pelas suspensões, com registro de justificativa, foram cirurgiões (43%), enfermeiros (8,9%) e anestesiológicos (6,5%), destacando ainda que em 22,4% não houve especificação do profissional responsável pela suspensão.

A imprecisão no tempo estimado para cirurgias é uma das principais causas de reagendamentos, gerando custos adicionais e insatisfação de pacientes. É importante se fazer uma previsibilidade operacional quanto ao tempo cirúrgico, pois quando este é mal estimado, há sobreposição de agendamentos, atrasos e, conseqüentemente, cancelamentos. É importante alocar recursos de maneira eficiente, pois, equipes sobrecarregadas ou subutilizadas tendem a aumentar o risco de falhas logísticas.

No entanto é preciso ressaltar que a identificação de padrões de desempenho das equipes precisa ser avaliada, pois algumas equipes podem ter tempos médios de cirurgia significativamente diferentes, devido a fatores como experiência, complexidade do caso ou dinâmica de trabalho. Fazer uma análise histórica de dados coletando dados de cirurgias anteriores (tempo real vs. tempo previsto, taxa de cancelamentos por equipe, tipo de procedimento) devem ser utilizados.

Fazer avaliação de desempenho por equipe, classificando as equipes por eficiência também é uma excelente ferramenta. Entretanto, a publicização, desses dados, em se tratando de hospitais públicos e principalmente hospitais escola, talvez, possa criar um desconforto, visto serem os staffs exemplos para seus alunos. No entanto, realizar feedbacks periódicos para ajustar processos é uma excelente alternativa que pode ser utilizada por gestores de centro cirúrgico e da qualidade.

**Acompanhamento Pré-Operatório e Orientações de Qualidade (5,88%):** esta sugestão foi vista em um estudo (4), baseado nas necessidades do paciente e orientações específicas, a personalização do cuidado pré-operatório é uma estratégia eficaz. Corroborando com os achados deste estudo, Kumar *et al* (2016) destacam que a educação do paciente e a avaliação clínica detalhada diminuem falhas no preparo. No Brasil, Souza *et al* (2018), evidenciam que a falta de orientação adequada é uma causa recorrente de cancelamentos.

Um estudo realizado em uma unidade de cirurgia ambulatorial pública no município do Rio de Janeiro (2024), pontuou que um protocolo de avaliação pré-operatório multiprofissional, selecionando pacientes, levando principalmente em conta as vulnerabilidades sociais, psicológicas, físicas, bem como, as comorbidades, e uma lista de verificação estruturada, com envolvimento familiar, poderiam garantir o sucesso cirúrgico, servindo assim de estratégia eficaz de melhoria para no pré-operatório. Nesse contexto, em um estudo Lee *et al* (2017), aponta 50% de redução nas taxas de cancelamento a partir da implementação do projeto Registro de Chamadas Pré-operatórias Enfermeiro-paciente, no qual o enfermeiro realizava duas ligações pré-operatórias para cada paciente ou familiar, em momentos diferentes, com isso esperava-se que as informações fossem mais bem processadas e que as perguntas fossem

formuladas no segundo momento.

O acompanhamento pré-operatório talvez seja uma das principais estratégias para evitar cancelamentos de cirurgias, pois um bom pré-operatório diminui consideravelmente os riscos de cancelamento por condições clínicas não ajustadas. Cancelamentos de última hora geram ociosidade de salas cirúrgicas, desperdício de recursos, risco aumentado para pacientes que deixam de ser operados, e por vezes voltam para lista de espera para um novo reagendamento, o que por sua vez, também sobrecarrega o sistema.

A falta de padronização de protocolos com diretrizes claras sobre quais exames e avaliações são obrigatórias para cada tipo de cirurgia, diferentes equipes que adotam critérios distintos, aumentam as inconsistências. Essa falta de padronização além de ser um problema para unidades em geral, pode ser maior em hospitais de ensino, onde, por vezes as documentações são solicitadas pelos médicos residentes, e se não há padrão, o risco de falhas é grande.

Um outro fator que interfere diretamente no pré-operatório são os problemas de comunicação entre equipes, observa-se que não há integralidade na assistência, cada um faz sua parte, e o paciente vai tentando seguir um fluxo que para ele é totalmente desconhecido e em algumas ocasiões pelos próprios médicos. Uma forma de otimizar esta comunicação seria promover a integração entre cirurgiões, anestesistas e clínicos. Tornar acessíveis no prontuário eletrônico laudos de exames ou liberações médicas. Paciente identificado com alto risco poderia ser reavaliado antes da cirurgia, através de fluxo definido para resolver problemas identificados (ex: correção de anemia).

Uma situação bem comum para pacientes do SUS é a dificuldade em realizar seus exames pré-operatórios e agendar consultas em tempo hábil. Outra situação são os exames vencidos, quando este é chamado para realizar sua cirurgia, devido ao longo tempo de espera. Uma forma de evitar que esse paciente chegue para operar com exames fora da validade, seria instituir uma Central de Pré-operatório que faria a monitoração dos pacientes antes de serem colocados no mapa cirúrgico.

**Educação Permanente e Acompanhamento pelo Enfermeiro (11,76%):** esta sugestão ocorreu em dois estudos (4 e 5), devendo ser realizado com a equipe de enfermagem de forma constante, bem como, realizando o desenvolvimento de programas de conscientização dos profissionais, em especial médicos cirurgiões e anesthesiologistas, para o preenchimento completo dos prontuários. Em seu estudo, Ferreira *et al* (2017) sugerem que treinamentos regulares melhoram a qualidade dos registros. Schofield *et al.* (2015) mostram que a documentação incompleta é uma causa frequente de cancelamentos. Almeida *et al* (2021), em

estudo sobre preenchimento inadequado de dados cirúrgicos para segurança do paciente, constataram que no período pré-operatório, a variável com maior porcentagem de registro foi relacionada a locomoção do paciente (46,0%), enquanto a menor porcentagem foi relacionada aos sinais vitais dos pacientes, com 71,0% de registros incompletos ou ausentes; 41 (87,0%) dos participantes da pesquisa disseram não ter sido capacitado para o preenchimento adequado da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Estes estudos corroboram com os encontrados nesta revisão, quanto a importância de programas de conscientização para o preenchimento adequado de prontuários, por meio da educação (11,76%).

Outro aspecto importante no que tange o processo educativo, é o inerente ao paciente. Santos *et al* (2011), asseguram que muitos estudos afirmam que a orientação ao paciente cirúrgico cooperam para sua recuperação, pois diminui o medo e a ansiedade evitando complicações; concluíram ser o enfermeiro fundamental nesse processo educativo dos pacientes cirúrgicos; pontuaram que as orientações mostraram-se efetivas, e que estas poderiam ser realizadas em vários momentos, como na realização do histórico, na visita diária, por meio de uma conversa informal, pois dessa forma o paciente poderia ter suas dúvidas e necessidades individuais esclarecidas.

É importante considerar que há diferenças, em alguns aspectos, em relação as orientações fornecidas a paciente internado e a paciente que interna no dia da cirurgia. Daí a importância de se ter um bom pré-operatório e padrão nas orientações. Lee *et al* (2017), em seu estudo fala da implementação do projeto Registro de Chamadas Pré-operatórias Enfermeiro-paciente, onde este contato era feito em dois momentos, o que deu a oportunidade de mais esclarecimentos dúvidas. Apesar de a média nacional de cancelamento ser próxima à 16,9% (Reis *et al*, 2019), um estudo em um hospital-escola público no interior de São Paulo alcançou 6,79%, de acordo com mesmo, este resultado está vinculado à realização da visita pré-operatória. A visita pré-operatória é um importante método na indicação prévia de complicações associadas ao quadro clínico do paciente, pois impede que este paciente venha a ser colocado no mapa e, evitando assim, o cancelamento da cirurgia (Pinheiro *et al*, 2017).

Mais uma vez o importante papel do Enfermeiro em apontar situações que podem ser corrigidas em uma visita pré-operatória bem realizada, desde orientações ao paciente e familiar, assim como, avaliação de alterações clínicas que possam ser corrigidas pela equipe médica de plantão.

**Indicador Taxa de Cancelamento (5,88%):** sugestão encontrada em apenas um estudo (3), o que diverge da maioria dos estudos, que o apontam como uma das principais estratégias a ser trabalhada para correção de cancelamentos de cirurgias. A taxa de cancelamento cirúrgico

deve ser avaliada sob a ótica gerencial proativa, incorporando os princípios e o perfil da organização. Barbeiro (2011), orienta que a taxa de suspensão cirúrgica, é calculada dividindo o número total de cirurgias canceladas pelo número total de cirurgias agendadas, e o resultado é multiplicado por 100.

O monitoramento deste indicador, ajuda a identificar os principais fatores que favorecem os cancelamentos, como falta de recursos, falhas na comunicação entre profissionais e equipes, problemas com o pré-operatório, entre outros. A avaliação proativa da taxa de cancelamento é recomendada por Macario *et al* (2013), que sugerem o uso de indicadores para monitorar a eficiência cirúrgica. Costa *et al* (2021) destacam que a falta de métricas claras dificulta a gestão de cancelamentos.

Um estudo, Perroca *et al* (2007), destacam que das principais causas de cancelamentos 57,8% foram relacionadas ao paciente, 22,1% relacionadas à organização da unidade, 17,7% aos recursos humanos e 1,6% em alocação de materiais e equipamentos, estes também encontrados nesta pesquisa. Botazini *et al* (2015) destacam a importância de um protocolo rigoroso para registrar cirurgias e seus motivos de cancelamento. Após implementar intervenções baseadas na literatura, observaram uma redução nas taxas de cancelamento na instituição estudada.

O indicador de taxa de cancelamento cirúrgico deve ser analisado sob uma ótica proativa e contextualizada, incorporando o perfil organizacional, as particularidades do serviço e os fatores críticos que impactam a eficiência operacional. Essa métrica não apenas reflete falhas pontuais, mas funciona como um termômetro da qualidade do fluxo pré-operatório, da gestão de recursos e da segurança do paciente.

Assim o monitoramento da taxa de cancelamento cirúrgico é de vital importância para redução de custos hospitalares, pois cada cancelamento gera desperdícios de insumos, ociosidade das equipes e perda de faturamento. Mais uma vez ressalta-se que a otimização de recursos limitados, como são os de hospitais públicos, onde a demanda excede a capacidade, cancelamentos agravam filas e sobrecarregam o sistema.

Fato é que este indicador deve ser analisado de forma proativa através de sistemas de registros eletrônicos, como prontuários eletrônicos com alertas automáticos para exames pendentes; ou com sistemas que bloqueiam agendamentos se o paciente não estiver, como por exemplo, com a avaliação anestésica concluída. O uso de planilhas de rastreamento e dashboards com modelos estruturados para categorizar causas de cancelamento; o uso de Power BI ou Google Data Studio para visualizar tendências (picos de cancelamentos por equipe ou dia da semana), são ferramentas acessíveis que podem ser utilizadas. O uso de checklists pré-

operatórios padronizados digitais obrigatórios, também pode ser implantado. E por fim, mas não menos importante, realizar auditorias, com a participação de Núcleos de Segurança do Paciente, Gestão da Qualidade e de Centro Cirúrgico ou Comitê de Qualidade Cirúrgica, que envolva todas estas áreas de gestão, para realizar Auditorias de Causa-Raiz. Essas auditorias de causa-raiz podem trabalhar métodos como 5 Porquês ou Diagrama de Ishikawa para investigar causas sistêmicas.

De certo que a taxa de cancelamento é um indicador estratégico, quando monitorado com ferramentas adequadas e integrado a cultura organizacional, permite intervenções precoces e ganhos significativos em eficiência.

**Medidas Austeras de Redução da Taxa de Cancelamento (17,65%):** esta sugestão foi apontada em três estudos (1, 3 e 4); a adoção de medidas rigorosas, envolvendo a direção clínica e os cirurgiões, é eficaz. Sugere-se que a direção clínica hospitalar determine medidas austeras, compartilhadas com o corpo de médicos cirurgiões, com enfoque àqueles que concorrem mais frequentemente para o aumento da taxa de cancelamento de cirurgias. Sanjay *et al.* (2017) destacam que políticas claras e responsabilização reduzem cancelamentos.

Almeida *et al* (2020) sugerem que a falta de comprometimento da gestão é um obstáculo. Conchon *et al* (2011), convergem com os achados nesta pesquisa bibliográfica, pois, em seu estudo sobre atraso cirúrgico, apontaram que em relação aos motivos que envolvem os atrasos, constatou-se que os maiores índices, 65(81,0%), estiveram relacionados à espera pela composição de toda equipe médica; observou-se que todas as primeiras cirurgias do dia já começavam com atraso, o que comprometia todo mapa cirúrgico, desta forma ultrapassando o limite do período para as cirurgias à seguir, o que os levou a concluir que os principais fatores envolvidos no atraso são de governabilidade da equipe cirúrgica, e que por assim dizer, é plausível sua redução por meio de conscientização e adequação na programação cirúrgica.

A implementação de medidas rigorosas de governança clínica, com engajamento formal da direção médica e dos cirurgiões, é fundamental para reduzir taxas de cancelamento cirúrgico, principalmente quando relacionadas a falhas evitáveis no processo pré-operatório ou a má gestão de recursos.

Entretanto, é necessário que a instituição estabeleça políticas claras acompanhadas de mecanismos de responsabilização. Infelizmente não se vê com frequência tais políticas em hospitais públicos, tornando a implementação de mecanismos de responsabilização a médicos cirurgiões bem difícil. É comum se ver tais políticas em hospitais privados, onde penalizações financeiras ou restrição de agendas são aplicadas.

Mesmo assim tal mecanismo é perfeitamente aplicável em instituições públicas, basta que a Direção Clínica estabeleça critérios objetivos, que definam o que são cancelamentos evitáveis, como falta de exames, ausência do paciente sem justificativa, inadequação clínica não resolvida. Pode ainda, vincular indicadores de desempenho à avaliação individual e coletiva das equipes cirúrgicas; bem como, implementar consequências institucionais para padrões recorrentes de cancelamento, assegurando justiça e transparência.

Para reduzir cancelamentos por fatores controláveis, a direção clínica pode adotar como estratégia auditorias de cancelamentos com feedback estruturado: toda cirurgia cancelada é revisada por um comitê ou uma Comissão de Bloco Cirúrgico, que classifica a causa como evitável ou inevitável; cirurgiões com altas taxas de cancelamentos evitáveis recebem feedback individual e um plano de melhoria com mentoria clínica. Outra ação que pode ser implementada é a priorização de agendamento condicionada ao pré-operatório completo, um exemplo é ter checklist digital validado 72h antes da cirurgia. Relatórios públicos de desempenho por Equipe, com publicação mensal de rankings (anonimizados ou não) de cancelamentos por serviço/cirurgião. Suspensões temporárias de privilégios cirúrgicos, em casos graves, podem ser aplicados e tem base legal (Resolução CFM nº2.217/2018(Art. 5º- “dever de zelar pela eficiência dos recursos”).

A responsabilização baseada em dados, e não em punições arbitrárias, é a chave para reduzir cancelamentos.

**Viabilizar o Privilégio para o Agendamento Cirúrgico a Equipes com Menor Taxa de Cancelamento (5,88%):** apontada em um estudo da pesquisa (3), no cotidiano assistencial, colaborando para um clima de competitividade, mas também de caráter educativo. Essa estratégia promove um clima de competitividade saudável. Dexter *et al* (2012), mostram que equipes com menor taxa de cancelamento tendem a ser mais eficientes. Botazini *et al* (2015), mostraram uma taxa de cancelamento alta, onde os motivos não puderam ser vistos devido ao não detalhamento deles, entretanto a variável a critério do cirurgião apareceu em cerca de metade dos cancelamentos observados no período da pesquisa, sem especificar o porquê do cancelamento; diante deste resultado optaram pela elaboração de um protocolo para registro dos cancelamentos e suas causas circunstanciado.

**Utilizar Escalas de Avaliação de Risco Cirúrgico (5,88%):** Referida em um estudo (3), mas divergindo de outros estudos que consideram esta estratégia crucial para reduzir cancelamentos de cirurgias. A utilização de escalas de risco é uma estratégia promissora, especialmente quando utilizada pelo enfermeiro; é uma estratégia eficaz, pois qualifica e

personaliza o cuidado.

Garcia *et al* (2020), desenvolveram uma escala que reduziu cancelamentos em 22%. Pereira *et al* (2021) adaptaram uma escala internacional, reduzindo cancelamentos em 15%. Loureiro e Filho (2014) apontam como escalas de risco perioperatório mais utilizadas e preconizadas pela II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia as: algoritmo do ACP, o da ACC/AHA (em inglês: *American College of Cardiology/American Heart Association*), a escala desenvolvida pelo Estudo Multicêntrico de Avaliação Perioperatória (EMAPO) e o Índice de Risco Cardíaco Revisado de Lee (IRCR), de acordo com os autores, esses algoritmos têm suas vantagens e desvantagens a serem consideradas ao utilizá-las; entretanto, concluíram não ser possível afirmar qual delas seria a de maior precisão em classificar riscos. Um estudo realizado na Tanzânia em 2024, no Hospital Nacional Muhimbili, com 298 pacientes na fase de controle e 300 pacientes na fase de intervenção, indicou uma taxa de cancelamento cirúrgico entre 16% e 29%. Os fatores relacionados ao paciente corresponderam a 40% desses cancelamentos. Para abordar o problema foi implementado uma lista de verificação pré-operatória. Essa lista trabalhou os fatores relacionados ao paciente, esses fatores eram responsáveis por uma em cada seis cirurgias canceladas nos pacientes de controle.

Usar uma lista de verificação pré-operatória reduziu a contribuição dos fatores do paciente em 11%, porque os fatores dos pacientes foram detectados e corrigidos antes do dia da cirurgia. Pacientes que não foram possíveis corrigir, como os de anemia grave, o cancelamento foi antes do dia da cirurgia, entretanto a tentativa de substituir por outro paciente não logrou êxito devido a lista de pacientes em espera não estar bem-feita (Suluba *et al.*, 2024).

Um estudo realizado em hospitais do Reino Unido e da Irlanda com pacientes submetidos a colecistectomia, dados coletados do estudo CholeS (Colecistite), foram usados para estudar a duração operatória. Dez fatores foram considerados preditores relevantes de durações operatórias >90 min, compreendendo Sistema de Classificação do Estado Físico da ASA (em inglês: *American Society of Anesthesiologists*; este classifica o paciente de acordo com seu estado clínico geral, a começar da presença ou ausência de doença sistêmica, classificando o paciente em 6 críveis estados físicos, a percentagem de mortalidade entre as classes é analisado de forma crescente, já o paciente que será submetido a um procedimento de emergência acrescenta-se a letra “E” ao estado físico do mesmo.

Loureiro; Filho, 2014, idade, admissões cirúrgicas anteriores, IMC (Índice de Massa Corpórea), CBD (Espessura da Parede da Vesícula Biliar e Diâmetro do Ducto Biliar Comum). Uma pontuação de risco foi então produzida a partir desses fatores e aplicada a uma coorte de

2.405 pacientes de um centro terciário para validação externa. Desta feita, após resultados a ferramenta de pontuação produzida neste estudo foi considerada significativamente preditiva de longas durações cirúrgicas na validação em uma coorte externa.

Sendo assim, concluíram que conseguiram criar uma ferramenta de pontuação para prever durações operatórias de colecistectomias laparoscópicas eletivas, usando fatores pré-operatórios do paciente, mostrando que é factível ter previsibilidade de cirurgias que hipoteticamente possam durar mais de 90 minutos. Assim sendo, isso pode ser útil para as programações cirúrgicas para garantir que os mapas cirúrgicos sejam planejados adequadamente para otimizar a utilização das salas cirúrgicas; um exemplo, citado no estudo para ratificar a importância do uso desta ferramenta, foi que esta poderia ser usada para seleccionar os pacientes mais adequados para constarem em uma lista de cirurgia de meio dia com baixo risco de ultrapassagem de tempo. Outro benefício no uso da mesma, seria poder fazer o encaixe de pacientes com um longo tempo de duração operatória, com maior complexidade cirúrgica, na lista de cirurgia de um cirurgião especialista (Bharamgoudar *et al.*,2018). Há de se considerar que a utilização de escalas para predizer riscos e tempos operatórios é importantíssima para segurança do paciente e otimização das salas operatórias respectivamente, assim como evitar cancelamentos cirúrgicos.

**Governabilidade ao Enfermeiro (11,76%):** encontradas em dois estudos (1 e 3). A governabilidade ao enfermeiro, com habilidades de liderança e comunicação, é crucial. Entretanto este profissional deve ser um bom administrador, para controlar os processos de trabalho; com extensiva habilidade de liderança e comunicação, especialmente com a equipe médica e com gerência da qualidade hospitalar; onde exerça controle do tempo gasto na preparação e limpeza das salas, evitando tempo desperdiçado em atrasos da equipe médica, administrando melhor os recursos e evitando conflitos, por conta da diversidade de equipes. Lingard *et al.* (2018) destacam que a comunicação eficaz reduz falhas. Rocha *et al.* (2019) sugerem que a falta de padronização nos processos de comunicação é um problema recorrente. Pés *et al* (2022), no seu estudo em análise de indicadores de atrasos em procedimento cirúrgico, consideraram a enfermagem uma das principais responsáveis pela gestão hospitalar.

Assim como, em estudo realizado no processo gerencial em centro cirúrgico, Martins *et al* (2021), analisaram que para os profissionais de enfermagem planejamento, comunicação e protocolo de cirurgia são essenciais para o processo decisório em centro cirúrgico; ao fazerem a análise de semelhança identificaram que o destaque da enfermagem enquanto equipe foi a assistência direta, enquanto a atuação, somente do enfermeiro, primou pelas ações gerenciais relacionadas à organização do trabalho; fizeram ainda, uma arguição temática indutiva, onde

três categorias relacionadas ao processo gerencial emergiram: a gestão de pessoas, gerenciamento de recursos materiais e ferramentas gerenciais. Estes estudos ajudam a reforçar o papel fundamental do enfermeiro na gestão do centro cirúrgico, como apontado na pesquisa.

O enfermeiro de centro cirúrgico, como gestor do processo operatório, deve atuar de forma proativa, sistêmica e baseada em dados para minimizar os cancelamentos. Sua governabilidade perpassa pela padronização de processos (checklists, protocolos), pela gestão eficiente de recursos (humanos, materiais, tempo), manutenção de uma comunicação clara e interdisciplinar e monitoramento contínuo e melhoria. Pois quando bem estruturada, a atuação do enfermeiro pode reduzir cancelamentos.

Desta feita o enfermeiro do centro cirúrgico desempenha um papel estratégico e operacional crítico na gestão dos processos perioperatórios, sendo essencial que possua competências técnicas, administrativas e de liderança para assegurar a eficiência do fluxo de trabalho. Sua atuação deve ser pautada em gestão baseada em evidências, padronização de protocolos e coordenação interdisciplinar, garantindo que todos os recursos humanos, materiais e tecnológicos, estejam alinhados para evitar falhas.

**Planejamento de Recursos (5,88%):** constando em um estudo (3). O planejamento de recursos é essencial para evitar cancelamentos, no entanto, faz-se necessário o uso de meios e instrumentos para isso. Macario *et al.* (2013) destacam que a falta de recursos é uma causa comum de cancelamentos. Um estudo realizado no hospital universitário de alta complexidade no estado do Rio de Janeiro, sugeriu como estratégia para diminuir a taxa de cancelamento cirúrgico e, em vista disso, aumentar a produtividade cirúrgica o recurso do bate-mapa, a fim de modelar os possíveis problemas relacionados ao cancelamento da cirurgia, bem como a visita pré-operatória, organização do planejamento por porte cirúrgico ( as especialidades foram classificadas de acordo com o porte cirúrgico, bem como, o tempo cirúrgico, onde as cirurgias foram consideradas em: cirurgias de porte I com duração até 2h, de porte II com duração de 2 a 4h, de porte III com duração de 4 a 6h e porte IV com duração acima de 6h), e domínio dos recursos humanos, materiais e equipamentos.

O estudo apontou ainda, que os indicadores gerenciais investigados foram de produções cirúrgica e de cancelamento de cirurgias, bem como de suas causas, pois eles se evidenciam como indicadores de desempenho; desta feita através da perspectiva organizacional observou-se as cirurgias por sala e por especialidades, porte cirúrgico e serviços de apoio solicitados no mapa cirúrgico (Reis *et al.*, 2019).

Em seu estudo, Tamiasso *et al.* (2014), mostraram importância da ferramenta de gestão da qualidade para ajustar o processo entre a CME e o CC de um hospital de grande porte.

Utilizando o recurso denominado bate-mapa, que eram reuniões diárias, com os profissionais envolvidos na construção do mapa cirúrgico. De acordo com os autores, essa prática possibilitou, identificar e solucionar problemas como a falta de materiais para suprir as cirurgias, melhorou a qualidade gerencial, bem como auxiliou nas tomadas de decisões, houve conscientização dos profissionais envolvidos de suas corresponsabilidades tanto pelos resultados positivos de um procedimento bem-sucedido, assim como pelos prejuízos, desperdícios e retrabalho. Corroborando com este achado nesta pesquisa.

Um planejamento eficiente de recursos em centro cirúrgico requer estratégias baseadas em dados, ferramentas de gestão e processos padronizados. Desta feita pode-se dizer que para se ter um bom planejamento de recursos é necessário se ter tecnologia (dashboards/Power BI, uso de inteligência artificial), padronização (checklists, kits cirúrgicos), gestão proativa (alocação de equipe, reserva de leitos).

**Comunicação Eficaz entre Profissionais (5,88%):** esta estratégia foi encontrada em um estudo (1). Este achado diverge da maioria dos estudos, pois a comunicação aparece como uma das principais estratégias para correção dos cancelamentos de cirurgias. A comunicação eficaz é um fator crítico, devendo ser eficiente entre equipe de saúde e paciente, e entre equipe multiprofissional. Lingard *et al.* (2018) mostram que falhas na comunicação são uma causa comum de cancelamentos. Jain *et al.* (2018) pontuam que a comunicação faz parte de um grupo de barreiras a ser transposta, a fim de que haja adesão no uso de protocolos e checklists, sendo um desafio universal.

Martins *et al.* (2021) em seu estudo, apontaram que no centro cirúrgico a comunicação é uma das ferramentas mais importantes para seu funcionamento. Relatam ainda, dificuldade entre as equipes multiprofissionais, entre assistência e gerência e entre gerência e superintendência, no entanto na equipe de enfermagem havia boa comunicação, foi pontuado que reuniões de equipe podem ser uma boa oportunidade de melhoria da comunicação, por permitirem alinhamento da equipe através de troca de informações e esclarecimentos gerais.

Um estudo realizado em um hospital universitário de Fortaleza, com o fim de implantar um fluxograma de agendamento cirúrgico, apontou que decisões multidisciplinares por definição aumentaram o intervalo de tempo de entrega de avisos de cirurgias de 24 h para 48 h, o que por sua vez poderia melhorar a segurança perioperatória, bem como, diminuir o cancelamento de cirurgias por absenteísmo, através da comunicação usuário instituição e promover um melhor planejamento intersetorial.

De acordo com os autores, neste fluxograma, a comunicação para internação passou a ser maior, o que beneficiou os processos organizacionais, sendo assim, com esta alteração na

entrega dos avisos, reduziu a possibilidade de danos, visto que os avisos recebidos são avaliados por uma equipe interdisciplinar, com o intuito de provisionar insumos e equipamentos, assim como, impedir procedimento que não tenha suas etapas cumpridas, desta feita melhorou a comunicação entre os profissionais e ajudou a aumentar a produção cirúrgica (Falcão; Souza, 2023). Estes estudos validam os achados nesta pesquisa, na importância da comunicação efetiva para mitigar cancelamento cirúrgico. Muito embora tenha sido encontrado em apenas um estudo da pesquisa, há de se considerar quão importante é a comunicação, pois ela perpassa por todo o fluxo cirúrgico, desde o pré-operatório do paciente, bem como, pelo planejamento cirúrgico e provisionamento de recursos materiais e humanos.

A falha na comunicação entre profissionais da saúde e entre equipes e paciente é uma das principais causas evitáveis de cancelamentos cirúrgicos. Situações como informações perdidas entre setores (exames não disponíveis no prontuário), falta de alinhamento entre cirurgiões, anestesistas e enfermagem, pacientes mal orientados sobre preparo pré-operatório (jejum, medicações). Falhas que poderiam ser facilmente evitadas se as instituições implementassem protocolos estruturados de comunicação, tanto entre equipe multidisciplinar quanto no contato com paciente.

Vale ressaltar que a lista de verificação de segurança cirúrgica, do inglês- WHO Surgical Safety Checklist, já deveria ser uma realidade na maioria das instituições. Visto sua obrigatoriedade na Segurança do Paciente, para qualquer origem hospitalar. Sua aplicabilidade prover a confirmação de exames e liberações, bem como, permite a verificação de recursos como sangue, materiais e equipe. Observa-se que há resistência por parte da equipe médica em seguir os protocolos de segurança de cirurgia nos hospitais públicos, entretanto, muitos destes profissionais também atuam em hospitais privados onde é aplicado o Protocolo da Cirurgia Segura, e estes se submetem, devido obrigatoriedade e o risco de punição.

Para melhorar a comunicação podem ser feitas reuniões de briefing de 10 a 15 minutos antes da cirurgia com toda equipe. Uma alternativa de comunicação, são reuniões de alinhamento de 10 minutos no início do turno para discutir cirurgias agendadas, pacientes de alto risco e recursos necessários.

Uma forma simples de melhorar a comunicação com o paciente é através de confirmação automatizada por SMS/WhatsApp (data/horário da cirurgia, orientações de jejum e medicações, Link para tirar dúvidas com a equipe). No entanto, se tratando de pacientes do SUS, é importantíssimo considerar as condições sócio econômicas deles. Por isso é preciso estabelecer linhas que possam alcançar todos os clientes, então o papel do Enfermeiro de ligação, que tire dúvidas do paciente, confirme exames e documentação, comunique sobre

mudanças de agenda é importantíssimo para uma comunicação efetiva junto a este paciente.

Por fim a comunicação eficaz é um pilar fundamental para reduzir cancelamentos cirúrgicos evitáveis e o enfermeiro é um dos principais responsáveis neste processo.

**Tabela 5:** Estratégias para mitigar os cancelamentos que emergiram nos estudos levantados pela RIL

ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR OS CANCELAMENTOS ABORDADAS NO ESTUDO	ESTUDOS	N	%
1. Implantação de um Sistema de Controle Periódico	4 e 5	2	11,76%
2. Mapeamento do Perfil de Cirurgias e das Equipes Operatórias	3 e 4	2	11,76%
3. Acompanhamento Pré-Operatório e Orientações de Qualidade	4	1	5,88%
4. Educação Permanente e Acompanhamento realizada pelo Enfermeiro	4 e 5	2	11,76%
5. Indicador Taxa de Cancelamento	3	1	5,88%
6. Medidas Austeras de Redução da Taxa de Cancelamento	1,3 e 4	3	17,65%
7. Viabilizar o Privilégio para o Agendamento Cirúrgico a Equipes que têm o Indicador mais Reduzido	3	1	5,88%
8. Utilizar Escalas de Avaliação de Risco Cirúrgico	3	1	5,88%
9. Governabilidade ao Enfermeiro, um Bom Administrador, para Controlar os Processos de Trabalho	1 e 3	2	11,76%
10. Planejamento de Recursos:	3	1	5,88%
11. Comunicação Eficaz entre Profissionais:	1	1	5,88%
	<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Elaborado pela autora

Com a análise das causas de cancelamentos e estratégias encontradas nos artigos da RIL,

foi possível estabelecer um paralelo entre causas e estratégias para mitigar os cancelamentos de cirurgias:

**Tabela 6:** Paralelo entre causas e estratégias encontrados nos artigos da RIL

CAUSAS E ESTRATÉGIAS		
Categorias	Causas dos cancelamentos	Estratégias para mitigar os cancelamentos
<b>1. Relacionadas ao paciente</b>	Descompensação de condições clínicas	-Acompanhamento pré-operatório e orientação de qualidade;
	Pré-operatório incompleto	
	Falta de exames	-Utilizar escalas de avaliação de risco cirúrgico.
	Absenteísmo	
	Recusa do paciente	
	Falta de jejum	
<b>2. Relacionadas à administração e logística (planejamento cirúrgico)</b>	Problemas com materiais e equipamentos	-Implantação de um sistema de controle periódico;
	Tempo cirúrgico excedido	-Indicador Taxa de Cancelamento;
	Falta de leitos em UTI e internação	-Medidas austeras de redução da taxa de cancelamento;
	Erro na programação cirúrgica	-Planejamento de recursos;
	Cirurgias de emergência	-Comunicação eficaz entre profissionais.
<b>3. Relacionadas aos recursos humanos</b>	Falta de profissionais	-Mapeamento do perfil de cirurgias e das equipes operatórias;
	Cancelamento a pedido do cirurgião	-Educação permanente e acompanhamento pelo Enfermeiro;
	Mudança de conduta do cirurgião	-Viabilizar o privilégio para o agendamento cirúrgico e equipes com menor taxa de cancelamentos; -Governabilidade ao Enfermeiro.

**Fonte:** Elaborado pela autora

Assim a revisão apontou 11 Estratégias para Mitigar os Cancelamentos de Cirurgias. Vale ressaltar, que não existe uma padronização, no que tange os termos para registros dos cancelamentos cirúrgicos nas literaturas desta revisão, o mesmo acontecendo com as estratégias para mitigá-los. Desta feita, os dados foram categorizados por aproximação temática. Diante disso algumas estratégias podem ser aplicadas a mais de uma causa, como no caso da utilização das Escalas de Avaliação de Risco Cirúrgico, que podem ser usadas tanto nas causas de Pré-operatório Incompleto como no Tempo Cirúrgico Excedido, conforme amparo de estudos que embasaram esta pesquisa.

Observou-se que o fato de a pesquisa ser atemporal, não foi um diferencial para que muitos estudos embasassem esta revisão. Acredita-se que o quantitativo de 5 estudos da RIL, se deva

à opção da autora em não utilizar estudos que no título estivessem a palavra suspensão, somente os que trouxessem cancelamento, por entender que o ato de suspender seria uma medida temporária, enquanto cancelar é definitivo (dicionário virtual).

No entanto, isto não é um consenso entre os autores, visto que, no decorrer da pesquisa, verificou-se que a maioria dos autores ora utilizam a palavra suspensão, ora cancelamento, não fazendo nenhuma distinção entre elas, mesmo não sendo palavras sinônimas. Assim sugere-se que novos estudos sejam realizados utilizando as duas palavras (cancelamento e suspensão), relacionados a temática deste estudo, a fim de que, possa ser observado se estes apresentarão resultados diferentes dos encontrados nesta pesquisa.

## **6.2 Construção do guia**

O guia foi produzido com base nas evidências científicas explicitadas através da revisão integrativa.

No cenário dos mestrados profissionais, se faz necessária a construção de conhecimento direcionado ao encontro dos problemas análogos à prática do cuidado em saúde. Assim sendo, durante o desenvolver do mestrado, o aluno tem a possibilidade de construir novos produtos, tecnologias e serviços. (BrasiL, 2008;2014).

No contexto da Prática Baseada em Evidências (PBE) quando da sua aplicação na prestação de cuidados de saúde tem reconhecimento por parte dos profissionais de saúde em âmbito global, e ampliou a expectativa de que as atividades devem ser realizadas a partir de evidências atuais e de elevada qualidade (Zocche *et al*, 2020).

Desta feita, a produção de revisões integrativas, podem colaborar não só para fazer pesquisa em determinado tema, como também detectar ligações entre áreas diferentes com abordagens teóricas e metodológica de maior potencial elucidativo e consciente. (Soares *et al*, 2014).

A escrita do guia teve como fonte o modelo *Times New Roman* tamanho 12 no corpo e 12 nos títulos, os capítulos em fonte 22. O guia foi construído em Word 365 *Microsoft*®.

Nesse caminho construtivo do guia os desenhos constantes na capa e divisão dos capítulos, foram criados por inteligência artificial no Programa Canva (plataforma de design gráfico), sendo estas originais.

### 6.2.1 Versão Final do Guia (APÊNDICE A)

## 5 CONCLUSÃO

A RIL foi construída a partir 5 estudos. A pesquisa permitiu identificar algumas causas frequentes de cancelamentos de cirurgias relacionadas ao paciente, a administração e logística (planejamento cirúrgico), e aos recursos humanos, assim como, apontou 11 estratégias para mitigá-los (acompanhamento pré-operatório e orientação de qualidade, utilização de escalas de avaliação de risco cirúrgico, implantação de um sistema de controle periódico, indicador taxa de cancelamento, medidas austeras de redução da taxa de cancelamento, planejamento de recursos, comunicação eficaz entre profissionais, mapeamento do perfil de cirurgias e das equipes operatórias, educação permanente e acompanhamento pelo enfermeiro, viabilização do privilégio para o agendamento cirúrgico de equipes com menor taxa de cancelamentos, governabilidade ao enfermeiro). Com isso foi possível construir o Guia Clínico baseado em evidências, objetivo principal deste estudo.

Sendo assim, sugere-se que mais estudos sobre as intervenções realizadas para diminuir os cancelamentos de cirurgias sejam realizados.

Como limitador deste estudo, compreende-se não haver tantos estudos onde as estratégias para diminuir os cancelamentos foram testadas na prática, aparecendo apenas como sugestão para o ajuste e não como evidência prática. Sendo assim, sugere-se que mais estudos sobre as intervenções realizadas para diminuir os cancelamentos de cirurgias sejam realizados.

Espera-se que os resultados encontrados e que compuseram o Guia Clínico, possam contribuir para que os hospitais públicos criem suas próprias estratégias que evitem os cancelamentos de cirurgias de acordo com suas necessidades, ou utilizem as estratégias levantadas neste estudo como um direcionador para corrigir os casos de cancelamentos de suas unidades.

## REFERÊNCIAS

- ABBADIA, Jéssica. **Conflito de interesses em pesquisa: o que é e como pode ter impacto.** Disponível em: <https://mindthegraph.com/blog/pt/conflito-de-interesses-em-pesquisa/> Acesso em 23/03/2023.
- ABBAS, K.; LEZANA, À. G.; MENEZES, M. B. A organização hospitalar como centro de atenção à saúde e educação: aspectos preventivos e curativos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 512-520, ago. 2002.
- ALMEIDA, R. C., SILVA, M. A., & RIBEIRO, J. C. (2020). Gestão de cancelamentos cirúrgicos: desafios e estratégias em hospitais públicos. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n.2, 567-582.
- ALVES, Rodrigo Antonio Rodrigues. Melhoria da qualidade em saúde: Integração de serviços , redução de custos e ambientes de trabalho sustentáveis. *Revista de Gestão em Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 45-60, jul./set. 2018.
- ANTONIO, P. S.; MUNARI, D. B.; COSTA, H. K. Fatores geradores de sentimento do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. *Rev. eletrônica enferm.* [Internet] Acesso em 2023, v. 4, n. 1, p. 33-9. Disponível em [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista4\\_1/Pdf/Fatores.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista4_1/Pdf/Fatores.pdf)
- BHARAMGOUDAR, R.; SONSALE, A.; HODSON, J.; GRIFTHS, E. The development and validation of a scoring tool to predict the operative duration of elective laparoscopic cholecystectomy. *Surgical Endoscopy*, v. 32, p. 3149–3157, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-018-6030-6>
- BITENCOURT, J. A. **Análise do processo de cirurgias eletivas em um centro cirúrgico de referência:** potencializando as atividades que agregam valor ao paciente com base em princípios enxutos. Brasília, 2018.
- BOTAZINI, N. O.; CARVALHO, R. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. SOBECC*, São Paulo, out./dez., 2017.
- BOTAZINI, N. O.; TOLEDO, L. D.; SOUZA, D. M. S. T. Cirurgias Eletivas: Cancelamentos e Causas, *Rev. SOBECC*, São Paulo, out./dez., 2015.
- BUUS, M. O. **Modelo de sistema de conhecimento para gestão de listas de espera para cirurgias no Sistema Único de Saúde** [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Atenção primária e atenção especializada:** conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo, 2002. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496>. Acesso em 20/04/2023.
- BRASIL. Ministério da educação. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).** Brasília; 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde**, 2. ed. Brasília: DF, 2008.

CARVALHO, T. C.; GIANINI, R.J. Eqüidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. *Rev Bras Epidemiol*, v.11, n.3, p. 473-83, 2008. In: BITTENCOURT, Roberto José. Gestão de filas para cirurgias eletivas: overview de revisões sistemáticas. **BSBM Brasília médica**, v.57, n. anual, 2020.

CAVALCANTE, J.B.; PAGLIUCA, L.M.F.; ALMEIDA, P.C. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital escola: um estudo exploratório. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 59-65, ago., 2000.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICO. Resolução CFM nº2.217/2018(Art. 5º- dever de zelar pela eficiência dos recursos-FEDERAL).

CONTERATTO, Katrini dos Santos; SILVA, Nathieli Aparecida da; PERTILLE, Fabiane; ASCARI, Tania Maria; ASCARI, Rosana Amora. Segurança do paciente no perioperatório: evidência dos fatores determinantes do cancelamento cirúrgico. **Rev. SOBECC**, v. 23, n. 4, p.184-188, out. -dez., 2018.

CONCHON, Marilia Ferrari; FONSECA, Ligia Fahl; ELIAS, Adriana Cristina Galbiati Parminondi. Atraso Cirúrgico: o tempo como um indicador de qualidade relevante, **Anais eletrônico**, Encontro internacional de Produção científica Cesumar, Paraná, 2011.

COSTA, L. M., SANTOS, P. R.; LIMA, A. S. (2021). Indicadores de desempenho na gestão de cancelamentos cirúrgicos: uma revisão sistemática. **Revista de Administração Hospitalar**, v.12, n.1, p.45-58.

CHIU, C. H., LEE, A., & CHUI, P. T. (2014). Cancellation of elective operations on the day of intended surgery in a Hong Kong hospital: point prevalence and reasons. **Hong Kong Medical Journal**, v. 20, n.4, p. 284-291.

DEXTER, F., MAXBAUER, T., STOUT, C., ARCHBOLD, L.; EPSTEIN, R. H. (2012). Relative influence on total cancelled operating room time from patients who are inpatients or outpatients preoperatively. **Anesthesia & Analgesia**, v. 114, n. 1, p. 205-210.

DEXTER, F. et al. Dynamic surgical scheduling to reduce waiting times. *Operations Research for Health Care*, v.28, 100290, 2021. DOI: 10.1016/j.orhc.2021.100290.

FALCÃO, J. T. M.; SOUZA, A. R. de. Implantação de um fluxograma de agendamento cirúrgico: impacto na gestão dos processos assistenciais. **Gestão & Cuidado em Saúde**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. e11129, 2023. DOI: 10.70368/gecs.v1i1.11129. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/gestaoecuidado/article/view/11129>. Acesso em: 31 mar. 2025.

FERREIRA, M. L., COSTA, R. F.; ALVES, M. S. (2017). Impacto da capacitação profissional na redução de cancelamentos cirúrgicos. **Revista de Gestão em Saúde**, v. 8, n. 2, p.123-134.

FRAGATA, J. I. G. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 10, n. 01, p.17-26, 1 set. 2010. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t seg doente/3-erros e acidentes no bloco operatório.pdf>. Acesso em: 26 ago., 2023.

FREITAS, N.Q. *et al.* O papel do enfermeiro no centro cirúrgico na perspectiva de acadêmicas de enfermagem, **Rev Contexto e Saúde**, v.10, n. 20, p. 1133- 1136, jan, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1756>. Acesso em: 26 ago., 2023.

GALHARDO, V.G. *et al.* **Tecnologias de gestão para agendamento cirúrgico: revisão integrativa**, Unipar, 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/Cinthy/Downloads/004+UNIPAR+Saude.pdf>. Acesso em: 28 març., 2025.

GARCIA, M. L., RUIZ, A. S.; FERNANDEZ, J. R. (2020). Development and validation of a surgical cancellation risk scale. *Journal of Perioperative Practice*, v.30, n.5, p. 123-130.

GLANCE, L. G. *et al.* Delays in elective surgery due to unoptimized comorbidities. *JAMA Surgery*, v. 157, n. 2, e216356, 2022. DOI: 10.1001/jamasurg.2021.6356.

GOMES, Jacqueline Ramos de Andrade Antunes; FRANCO, Renata Valero Barbosa; GOMES, Maria do Carmo de Souza Mota Avelar. **Organização e Gestão do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário de Belo Horizonte- Minas Gerais**, 2009.

GUIMARÃES, M.F.L. *et al.* Mapeamento de processo: fluxo de instrumental de cirurgias vídeo assistidas. **Rev enferm UFPE online**.Recife, v.10, n.3, p.1162-9, mar., 2016.

KUMAR, R., GANDHI, R., & PERRIER, Y. (2016). Reasons for cancellation of elective surgical procedures in a multispecialty hospital. **Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology**, v. 32, n. 1, p. 64-68.

JAIN D, SHARMA R, REDDY S. WHO safe surgery checklist: Barriers to universal acceptance. **J Anaesthesiol Clin Pharmacol**, v. 34, p. 7-10, 2018.

LANZONI, Giselle Maria Duarte; MEIRELLES, Betina Horner Schindwein. Enfermeiro líder: atuação no contexto dos serviços de saúde. *Texto & Contexto- Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 378-384, abr./jun. 2011

LEE, C. M. *et al.* Reducing Surgery Cancellations at a Pediatric Ambulatory Surgery Center. **AORN Journal**, v. 105, n. 4, p. 384-391, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aom2017.01.011>.

LEANSAÚDE. **O que é curva ROC, sensibilidade e Especificidade?** 09 de outubro de 2024. Internet. Disponível em: <https://www.leansaude.com.br>. Acesso em 29/03/2025.

LINGARD, L., REGEHR, G., ORSER, B., REZNICK, R., BAKER, G. R.; DORAN, D. (2018). Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. **Archives of Surgery**, v.143, n.1, p.12-17.

LOURERO, B. M. C., FILHO, G. S. F., (2014). Escores de risco perioperatório para cirurgias não-cardíacas: descrições e comparações. **Rev Soc Bras Clin Med**, v.12, n.4, p. 314-20, 2014. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/1679-1010/2014/v12n4/a4412.pdf>

MACARIO, A., DEXTER, F.; TRAUB, R. D. Hospital profitability per hour of operating room time can vary among surgeons. **Anesthesia & Analgesia**, v. 97, n. 6, p. 1849-1857, 2013.

MACARIO, A., DEXTER, F.; TRAUB, R. D. (2013). Hospital profitability per hour of operating room time can vary among surgeons. **Anesthesia & Analgesia**, v. 97, n.6, 1849-1857.

MACHADO, L. M. S., NASCIMENTO, K. C., ALVAREZ, A. G., KNIHS, N. S., SEBOLD, L. F., CESCINETTO, D., Prevalência de Suspensões Cirúrgicas eletivas em hospital público do Sul do Brasil. **Rev. Sobecc**, v.26, n.3, p. 131-137. São Paulo, jul/set., 2021.

MARTINS KN, BUENO AA, MAZONI SR, MACHADO VB, EVANGELISTA RA, BOLINA AF. Processo gerencial em centro cirúrgico sob a ótica de enfermeiros. **Acta Paul Enferm.**, n. 34, p. eAPE00753, 2021.

MALAGUTTI, W.; BONFIM, I. M. **Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico**. São Paulo, Bireme, 3. ed. São Paulo: Martinari, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MORAIS, Dayanne Souza Vieira Diniz; BARBOSA, Beatriz Coêlho. Fatores determinantes para suspensões de cirurgias eletivas em um hospital do Distrito Federal. **Rev. SOBECC**, São Paulo, out./dez., v. 23, n.4, p. 184-18, 2018.

MOREIRA, Luzimar Rangel; XAVIER, Anna Patrícia Rezende; MOREIRA, Francielly Nayhara,; SOUZA, Luana Cristina Monteiro de; ARAÚJO, Alcione Cristina de; OLIVEIRA, M. A., SANTOS, L. M.; PEREIRA, J. G. Fatores associados ao cancelamento de cirurgias em um hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 45, 2020.

MOZACHI, A. C.; SOUZA, L. M. O papel do hospital como centro de atenção, educação e pesquisa em saúde: uma análise sob a perspectiva preventiva e curativa. *Revista Brasileira de Saúde Hospitalar*, São Paulo, v. 10, n 2, p. 45-60, jul/dez. 2017.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Waiting Times for Health Services: Post-Pandemic Challenges*. Paris: OECD Publishing, 2023. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/waiting-times-2023.htm>.

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. Latino-Am. Enfermagem*, v. 14, n.1, fev., 2006.

PERROCA, Márcia Galan; JERICÓ, Marli de Carvalho; FACUNDIN, Solange Diná. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho

organizacional. **Rev. esc. enferm.** USP, v. 41, n. 1, mar., 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000100015>. Acesso em: 12-04-2023.

PERROCA, Márcia Galan; JERICÓ, Marli de Carvalho; FACUNDIN, Solange Diná. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. **Rev. Latino am. enferm. (Online)**. [Internet]. 2007[acesso em 2019 mar 13, v.15, n.5. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt\\_v15n5a20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a20.pdf).

PÉS, D.; SOUZA, J.S.M.D.; PAGANIN, A.; MATTE, J. Análise dos indicadores de atrasos em procedimentos cirúrgicos em um hospital privado de Caxias do Sul. **Rev. Enferm. PUC Minas, (Online)**. Acesso em 28 de março de 2025. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/enfermagemrevista/article/view/28920/19840>.

POSSARI, J. F. *et al.* Evolução tecnológica dos centros cirúrgicos. *Revista SOBECC*, 9(3), 2004.

PEREIRA, R. M., ALVES, M. S.; COSTA, L. F. (2021). Adaptação e validação de uma escala de risco para cancelamento de cirurgias eletivas no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n.3, p. e20200567.

PINHEIRO LDPS, FASSARELLA CS, CARMO TG, CAMERINI FG, LUNA AA, HENRIQUE DM, *et al.* Taxas e causas de cancelamento cirúrgico ambulatorial: estudo transversal. **Texto Contexto Enferm [Internet]**, n. 33, p.e20240026, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0026pt>.

PINHEIRO SL, VASCONCELOS RO, de OLIVEIRA JLC, de OLIVEIRA AZEVEDO MATOS FG, TONINI NS, ALVES DCI. Surgical cancellation rate: quality indicator at a public university hospital. **Rev Mineira Enferm.**, n. 21, 2017.

PINTO, L. F. *et al.* Clinical and social determinants of elective surgical waiting times in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, 123, 2020.

REIS, D. O. N. S. *et al.* Indicadores gerenciais do mapa cirúrgico de um hospital universitário. **Rev. Sobecc**, v. 24, n. 4, p. 217-223, 2019. Acesso em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/516/pdf>

REZENDE, Jofre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2009, 416p. ISBN:978-85-61673-03-5

RODRIGUES, R. A. P.; SOUSA, F. A. E. F. O trabalho da enfermagem em centro cirúrgico – análise de depoimentos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p.21-34. Jul, 1993. Disponível em: <[www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1103/1118](http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1103/1118)>. Acesso em: 28 fev. 2018.

ROCHA, M. S., LIMA, J. S.; OLIVEIRA, R. T. (2019). Comunicação interprofissional e sua influência no cancelamento de cirurgias. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.13, n.5, p. 1234-1242.

SANJAY, P., DODDS, A., MILLER, E., & ARUMUGAM, P. J. (2017). Cancelled elective

operations: an observational study from a district general hospital. **Journal of Health Organization and Management**, v.31, n.2, p.171-180.

SANTANA, H. T. R. et al. Regional networks for elective surgery: *A quasi-experimental study in Brazil. The Lancet Regional Health- Americas*, v. 8, 100182. 2022.

SANTOS GAAC, BOCCHI SCM. Cancellation of elective surgeries in a Brazilian public hospital: reasons and estimated reduction. **Rev Bras Enferm.**, v.70, n. 3, p. 561-8, 2017.

SANTOS J, HENCKMEIER L, BENEDET SA. O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 3, p. 184-187, 2011.

SANTOS, Tânia Mara Bernardes; COSTA, Yasmin Fernandes. Avaliação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas. **Enfermagem Revista**, v.19, n.2, 2016.

SICILIANI, L. et al. The impact of hospital bed reduction on waiting times for elective surgery. *Health Policy*, v. 125, n.3. p.308-315,2021.

SOUZA, A. C., ALMEIDA, R. T.; MENDES, J. D. (2018). Cancelamento de cirurgias eletivas: uma análise em um hospital público de referência. **\*Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 71, p. 1-12.

SOARES, C. *et al.* Revisão Integrativa: conceitos e métodos utilizados na Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n.2, p. 335-3345.

SCHOFIELD, W. N., RUBIN, G. L., PIZA, M.; LAI, Y. Y. (2015). Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. **Medical Journal of Australia**, v.182, n.12, p. 612-615.

SULUBA, EH, MWANGA, A.; IDDI, R. (2024). Eficácia de uma lista de verificação pré-operatória na redução de cancelamentos de cirurgias em um hospital terciário em um país de baixa renda. **Tanzania Journal of Health Research**, v. 25, n. 4, p. 1545–1551. Disponível em: <https://doi.org/10.4314/thrb.v25i4.25>.

SILVA, R. M., Costa, M. C.; Lima, J. R. (2019). Auditoria interna como ferramenta de gestão para redução de cancelamentos cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, n. 3, p. 789-796.

SOCIEDADE brasileira de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material e esterilização (SOBECC). **Práticas recomendadas da SOBECC**. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

SULUBA, E.H.; MWANGA, A.; & IDDI, R. (2024). Eficácia de uma lista de verificação pré-operatória na redução de cancelamentos de cirurgias em um hospital terciário em um país de baixa renda. **Tanzania Journal of Health Research**, v. 25, n. 4, p. 1545–1551. Disponível em: <https://doi.org/10.4314/thrb.v25i4.25>.

TAMIASSO, R.S.S. et al. Ferramentas de gestão de qualidade como estratégias para redução do cancelamento e atrasos de cirurgias. **Rev. SOBECC**. São Paulo, abr./jun., 2018.

TANIGUCHI, F. P. **Modelos de serviços em atenção cirúrgica**. São Paulo: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2015.

WONG, D. J. N. et al. Impact of emergency admissions on elective surgical waiting times. *British Journal of Surgery*, v. 106, n. 5, p 496-504, 2019.

ZOCHE, Denise A. A. **Protocolo para revisão integrativa: caminho para a busca de evidências**. In: TEIXEIRA, Elizabeth (org) Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais, v. II, 1 ed. MORIA. Porto Alegre, 2020.

## APÊNDICE A-GUIA TÉCNICO

### **GUIA CLÍNICO: SUGESTÕES PARA MITIGAR O CANCELAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS EM HOSPITAIS PÚBLICOS**



**CINTHYA LÁRISSA GONÇALVES DE ALCÂNTARA  
JUSCIMAR CARNEIRO NUNES  
GERSON SUGUIYAMA NAKAJIMA**

### **GUIA CLÍNICO: SUGESTÕES PARA MITIGAR O CANCELAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS EM HOSPITAIS PÚBLICOS**

**AUTORES:**

**CINTHYA LÁRISSA GONÇALVES DE ALCÂNTARA**  
Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia  
PPGRACI-UFAM

**JUSCIMAR CARNEIRO NUNES**  
Prof.º. Dr. Orientador do Programa de Mestrado  
Profissional em Cirurgia da UFAM

**GERSON SUGUIYAMA NAKAJIMA**  
Prof. Dr. Pesquisador e Coorientador  
Universidade Federal do Amazonas

1ª. edição  
Manaus-AM  
2025

A347g CANTARA, Cindiya Lárissa Gonçalves de; NUNES, Juscinar Cameron. NAKAJIMA. Oerson Siigiiyama:

Guia de Clínico: stipestões para mitigar o cancelamento de cinirpias eldivas em hospitais píblicos. Cintliya L árissa Gonçalves de Alcântara: Juscinar Carneiro Nunes: Gérson Siigiiyama Nakajima. Manaus: Universidade Federal do Amazonas-UFAM. Programa de Mestrado Profissional em Cinirgia, 2025.

33 p. il.

ISBN: 978 -65-01-54753-4

1. Enfennapein. 2. Guín Clínico. 3. Centro Cirúrgico. I. NUNES. Juscíniar Carneiro (Orientador): II. NAKAJIMA. Gerson Supuiyaina (Co- Orientador). III. UFAM. IV. Tínilo.

CDD: 510.73

## **FICHA TÉCNICA**

Este guia é parte integrante da dissertação do curso de Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia PPGRACI

### **DIAGRAMAÇÃO E PRODUÇÃO GRÁFICA**

Ana Carolina Rodrigues

Marilene de Sena

### **REVISÃO ORTOGRÁFICA**

Marilene Sena

### **AUTORES**

Cinthya Lárissa Gonçalves de Alcântara

Juscimar Carneiro Nunes

Gerson Suguiyama Nakajima

**Manaus/AM  
2025**

## APRESENTAÇÃO

A pesquisa científica sobre o cancelamento de cirurgias eletivas em hospitais públicos, revela uma série de causas de cancelamentos que se repetem em diferentes estudos, refletindo um fenômeno complexo e multifatorial.

As estratégias para mitigar os cancelamentos de cirurgias apresentadas neste guia, vem da correlação entre causas e estratégias que foram levantadas no estudo de revisão da literatura realizado na dissertação: Estratégias para Mitigar o Cancelamento de Cirurgias Eletivas em Hospitais Públicos. Uma Revisão Integrativa.

Após realizar o cruzamento dos dados foi possível categorizar as causas dos cancelamentos em 3 categorias: Relacionadas ao Paciente, Relacionadas a Administração e Logística e Relacionadas aos Recursos Humanos; desta feita cada categoria apresentou diversas causas e por sua vez, várias estratégias de mitigação. Desta feita, o guia está dividido em 4 capítulos, onde o capítulo IV, apresenta o monitoramento das estratégias implementadas, pois só é possível saber se as mudanças implantadas melhoraram os processos se for factível sua mensuração.

Atenciosamente,

Cinthya Lárissa Gonçalves de Alcântara

Prof. Dr. Juscimar Carneiro Nunes

Prof. Dr. Gerson Suguiyama Nakajima

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>65</b>
<b>CAPÍTULO I-</b> Fatores relacionados aos pacientes que levam ao cancelamento de cirurgias e sugestões de mitigação.....	<b>66</b>
<b>CAPÍTULO II-</b> Fatores relacionados a administração e logística que levam ao cancelamento de cirurgias e sugestões de mitigação.....	<b>69</b>
<b>CAPÍTULO III-</b> Fatores relacionados aos recursos humanos que levam ao cancelamento de cirurgias e sugestões de mitigação.....	<b>73</b>
<b>CAPÍTULO IV-</b> Estratégias implementação e monitoramento.....	<b>77</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>83</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CC** CENTRO CIRÚRGICO  
**SO** SALA DE OPERAÇÃO  
**EMAPO** ESTUDO MULTICÊNTRICO DE AVALIAÇÃO PERIOPERATÓRIA  
**RIL** REVISÃO INTEGRADA DA LITERATURA  
**GC** GUIA CLÍNICO  
**MS** MINISTÉRIO DA SAÚDE  
**SUS** SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
**IRCR** ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO REVISADO DE LEE  
**ACP** AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS  
**UTI** UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
**ASA** AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS  
**CME** CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO  
**OPME** ÓRTESE PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL  
**NIR** NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO  
**OMS** ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
**PDSA** PLAN, DO, STUDY, ACTION  
**PDCA** PLAN, DO, CHECK, ACTION

## INTRODUÇÃO

O cancelamento de cirurgias impacta a eficiência dos serviços de saúde, a segurança do paciente e os custos institucionais. Este guia propõe estratégias baseadas em categorias de causas, alinhadas a estudos nacionais e internacionais sobre a temática. A abordagem integra prevenção, monitoramento e gestão da qualidade.

Um estudo de prevalência de suspensões cirúrgicas eletivas realizado em um hospital público no Sul do Brasil (2021), das propostas citadas para reduzir as suspensões, o mesmo, destacou o controle e a investigação dos motivos de suspensão, melhorias no planejamento das cirurgias, comunicação entre instituição e pacientes, monitoramento de indicadores, correto registro detalhado por profissionais envolvidos na suspensão, atividades constantes de conscientização e educação permanente (Machado *et al*, 2021).

Em seu estudo Mozer *et al.* (2024), apontam que cada cancelamento cirúrgico se deu pela capacidade de abranger o conteúdo dos submotivos relacionados, para tanto, certificando-se de manter a palavra mestra, a qual era recorrente na maioria dos submotivos de cancelamento. Um estudo realizado em hospital de grande porte da cidade do Rio de Janeiro (2011), sinaliza para a importância de não apenas quantificar as suspensões cirúrgicas, mas também fazer sua qualificação, identificando os seus motivos e os envolvidos, para assim, permitir a elaboração de estratégias que diminuam os índices de cancelamentos com segurança. Daí a importância de um guia com instruções que serve para uso de um dispositivo, para corrigir problemas ou para ajustar procedimentos de trabalho, que possam ser utilizados na prática diária das instituições. (BRASIL, 2019).

# CAPÍTULO I



## **FATORES RELACIONADOS AOS PACIENTES QUE LEVAM AO CANCELAMENTO DE CIRURGIAS E SUGESTÕES DE MITIGAÇÃO**

## 1 CAUSAS RELACIONADAS AO PACIENTE

### Principais causas identificadas:

Descompensação clínica pré-operatória.

Pré-operatório incompleto (exames pendentes, falta de jejum).

Absenteísmo ou recusa do paciente em operar.

### Estratégias de Mitigação:

#### 1.1 Protocolo de Pré-Operatório Padronizado:

- Implementar checklists pré-operatório. (Anexo 1 e 2)
- Implantar protocolo de avaliação pré-operatório multiprofissional: selecionar pacientes, considerando principalmente as vulnerabilidades sociais, psicológicas, físicas, bem como, as comorbidades, e uma lista de verificação estruturada, com envolvimento familiar (Pinheiro et al, 2024).
- Introduzir o Registro de Chamadas Pré-operatórias Enfermeiro-paciente: no qual o enfermeiro realiza duas ligações pré-operatórias para cada paciente ou familiar, em momentos diferentes, com isso espera-se que as informações sejam mais bem processadas e que as perguntas sejam formuladas no segundo momento (Lee *et al.*, 2017). (Roteiro Estruturado de Chamada Telefônica Pré- Operatório- Anexo 3).
- Estabelecer intervalo de tempo de entrega de avisos de cirurgias de 48h: para melhorar a segurança perioperatória, bem como, diminuir o cancelamento de cirurgias por absenteísmo, através da comunicação usuário instituição e promover um melhor planejamento intersectorial (Falcão; Souza, 2023).
- Inserir a visita pré-operatória do enfermeiro a pacientes internados: garantir a confirmação de exames, jejum e consentimento informado 24h antes da cirurgia (Pinheiro *et al*, 2024).

#### 1.2 Avaliação de Risco Multidisciplinar:

- Utilizar escalas validadas.

- Envolver anesthesiologistas e clínicos na avaliação de comorbidades.
- Implantar Lista de Verificação Pré-operatória: relacionadas aos fatores de riscos do paciente, a serem avaliados e corrigidos antes do dia da cirurgia (\*manter uma lista de pacientes aptos a operar, caso o paciente não tenha suas condições clínicas ajustadas até o fechamento do mapa cirúrgico\*) (Suluba *et al*, 2024).
- Utilizar escalas validadas como:
  - EMAPO (Estudo Multicêntrico de Avaliação Perioperatória)
  - IRCR (Índice de Risco Cardíaco Revisado de Lee)
  - ACP (em inglês: American College of Physicians).
  - ASA (em inglês: American Society of Anesthesiologists). (Loureiro; Filho, 2014).

### **1.3 Educação do Paciente:**

- Promover orientação clara sobre o preparo pré-operatório em visita no leito (Visita pré-operatória do enfermeiro- A visita pré-operatória é um importante método na indicação prévia de complicações associadas ao quadro clínico do paciente, pois impede que este paciente venha a ser colocado no mapa e, evitando assim, o cancelamento da cirurgia (Pinheiro *et al*, 2017).
- Fazer contato por telefone para confirmar e esclarecer dúvidas (Registro de Chamadas Pré-operatórias Enfermeiro-paciente).

## CAPÍTULO II



**FATORES RELACIONADOS A ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA QUE LEVAM AO CANCELAMENTO DE CIRURGIAS E SUGESTÕES DE MITIGAÇÃO**

## 2 CAUSAS RELACIONADAS À ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA

### Principais causas identificadas:

Falta de materiais/equipamentos  
Erros na programação cirúrgica  
Falta de leitos na UTI  
Tempo cirúrgico excedido

### Estratégias de Mitigação:

#### 2.1 Gestão de Recursos:

Planejamento de recursos é essencial para evitar cancelamentos, no entanto, faz-se necessário o uso de meios e instrumentos para isso.

- Implantar o Recurso Gerencial do Bate-Mapa (ex: reuniões diárias com todos os profissionais envolvidos na construção do mapa cirúrgico CC, CME, OPME, NIR, farmácia etc.). (Tamiasso *et al*, 2014).
- Organizar o planejamento cirúrgico de acordo com o Porte da Cirurgia (cirurgias de porte I com duração até 2h, de porte II com duração de 2 a 4h, de porte III com duração de 4 a 6h e porte IV com duração acima de 6h). (Reis *et al*, 2019).

#### 2.2 Otimização de Agendamento:

- Criar uma ferramenta de pontuação para prever durações operatórias usando fatores pré-operatórios do paciente, estabelecendo previsibilidade de cirurgias: que hipoteticamente possam durar mais de 90 minutos. (ex: colecistectomias laparoscópicas eletivas); podendo ser usada para selecionar os pacientes mais adequados para constarem em uma lista de cirurgia de meio dia com baixo risco de ultrapassagem de tempo. Outro benefício no uso da mesma, seria poder fazer o encaixe de pacientes com um longo tempo de duração operatória, com maior complexidade cirúrgica, na lista de cirurgia de um cirurgião especialista (Bharamgoudar *et al*, 2018).

- Planejar o mapa cirúrgico de acordo com o porte de cirurgia: para otimizar salas e recursos, usando algoritmos para distribuir cirurgias conforme complexidade e tempo estimado, (ex: classificar as especialidades de acordo com o porte cirúrgico, bem como, o tempo cirúrgico, onde as cirurgias são consideradas em: cirurgias de porte I com duração até 2h, de porte II com duração de 2 a 4h, de porte III com duração de 4 a 6h e porte IV com duração acima de 6h) (Reis *et al*, 2019).
- Reservar sala para emergência.

### **2.3 Indicadores de Desempenho:**

- Monitorar a Taxa de Cancelamento mensalmente (ex: meta:<5%).
- Estabelecer auditorias periódicas para identificar gargalos logísticos: especificando o porquê do cancelamento; elaborar um protocolo para registro dos cancelamentos e suas causas circunstanciadas (ex: Protocolo de Registro de Cancelamento de Cirurgias Eletivas) (Botazini *et al*, 2015).

## Protocolo de Registro de Cancelamento de Cirurgias Eletivas

**Nome do Paciente:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  M  F

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nome do Procedimento Cirúrgico:** \_\_\_\_\_

**Nome do Especialista que Cancelou o Procedimento:** \_\_\_\_\_

**Dia da semana:**  Segunda  Terça  Quarta  Quinta  Sexta  Sábado

**Turno:**  Manhã  Tarde  Noite

**Especialidades:**

Urologia  Plástica  Vascular  Neurocirurgia

Otorrinolaringologia  Cirurgia Geral  Ortopedia  Cardíaca  Proctologia

**Porte da cirurgia:**

Pequeno (< 60 minutos)  Médio (entre 60 e 120 minutos)  Grande (> 120 minutos)

**Motivo do cancelamento:**

Antes do preparo da SO  Durante o procedimento anestésico-cirúrgico  Depois do preparo da SO

**Especificar:** \_\_\_\_\_

**Paciente:**  Não compareceu  Estado clínico desfavorável  Recusa à realização da cirurgia  Alta hospitalar  Óbito

Outro

**Especificar:** \_\_\_\_\_

**Organização da Unidade:**  Prioridade para urgência  Falta de exames  Falta de hemoderivados  Tempo cirúrgico excedido  
 Pré-operatório incompleto  Falta de jejum  Atraso para o início da cirurgia

**Especificar:** \_\_\_\_\_

**Recursos Humanos:**  Não liberada pelo Anestesiologista  Mudança de conduta do Cirurgião  Falta de anesthesiologista

Falta de cirurgião  Falta de Técnico de Enfermagem  Falta de Enfermeiro  Falta de instrumentador

Falta de Pessoal de Apoio

**Especificar:** \_\_\_\_\_

**Recursos Materiais:**  Falta de material  Falta de equipamentos  Não especificado  Falta OPME  Outros

**Especificar:** \_\_\_\_\_

## CAPÍTULO III



**FATORES RELACIONADOS AOS RECURSOS HUMANOS QUE LEVAM AO CANCELAMENTO DE CIRURGIAS E SUGESTÕES DE MITIGAÇÃO**

### 3 CAUSAS RELACIONADAS AOS RECURSOS HUMANOS

#### Principais causas identificadas:

Falta de profissionais ou sobrecarga da equipe.

Cancelamento a pedido do cirurgião.

Atraso de cirurgia.

Falhas na comunicação

#### Estratégias de Mitigação:

##### 3.1 Capacitação e Governança do Enfermeiro:

A governabilidade ao enfermeiro, com habilidades de liderança e comunicação, é crucial. Entretanto este profissional deve ser um bom administrador, para controlar os processos de trabalho; com extensiva aptidão de liderança e comunicação, especialmente com a equipe médica e gerência da qualidade hospitalar; onde exerça controle do tempo gasto na preparação e limpeza das salas, evitando tempo desperdiçado em atrasos da equipe médica, administrando melhor os recursos e evitando conflitos, por conta da diversidade de equipes. Pés *et al* (2022), pontuaram em seu estudo de análise de indicadores de atrasos em procedimento cirúrgico, consideraram a enfermagem uma das principais responsáveis pela gestão hospitalar.

- Cancelamento de cirurgia a pedido do cirurgião: a adoção de medidas rigorosas, envolvendo a direção clínica e os cirurgiões, é eficaz. Sugere-se que a direção clínica hospitalar determine medidas austeras, compartilhadas com o corpo de médicos cirurgiões, com enfoque àqueles que concorrem mais frequentemente para o aumento da taxa de cancelamento de cirurgias.

- Fazer uso da ferramenta Protocolo de Registro de Cancelamento de Cirurgia para identificar médicos cirurgiões que promovem o aumento da taxa de cancelamentos.

- Atraso na cirurgia: identificar a causa do atraso utilizando protocolos de registros de cancelamento de cirurgia e corrigir os gargalos.

Conchon *et al* (2011), em seu estudo sobre atraso cirúrgico, apontaram que em relação aos motivos que envolvem os atrasos, constatou-se que os maiores índices , 65 (81,0%), estiveram relacionados à espera pela composição de toda equipe

médica; observou-se que todas as primeiras cirurgias do dia já começavam com atraso, o que comprometia todo mapa cirúrgico, desta forma ultrapassando o limite do período para as cirurgias à seguir, o que os levou a concluir que os principais fatores envolvidos no atraso são de governabilidade da equipe cirúrgica, e que por assim dizer, é plausível sua redução por meio de conscientização e adequação na programação cirúrgica.

- Educação Permanente: promover o envolvimento e treinamento periódico da equipe multiprofissional nos protocolos, fluxogramas e checklists implantados: (ex: fluxograma e educação como estratégia de comunicação).
  - Realizar orientações sobre o preenchimento correto do prontuário do paciente. Schofield *et al* (2015), mostram que a documentação incompleta é uma causa frequente de cancelamentos.
  - Estabelecer processo educativo periódico no Protocolo de Registro de Cancelamento de Cirurgia. Ferreira *et al* (2017) sugerem que treinamentos regulares melhoram a qualidade dos registros.
  - Implantar e treinar equipe na Lista Verificação Segura da OMS.
- Falhas na comunicação: um estudo onde um novo fluxograma que aumentou o intervalo de tempo de entrega de avisos de cirurgias de 24 h para 48 h foi implantado, observou-se que a comunicação para internação passou a ser maior, o que beneficiou os processos organizacionais, sendo assim, com esta alteração na entrega dos avisos, reduziu a possibilidade de danos, visto que os avisos recebidos são avaliados por uma equipe interdisciplinar, com o intuito de provisionar insumos e equipamentos, assim como, impedir procedimento que não tenha suas etapas cumpridas, desta feita melhorou a comunicação entre os profissionais e ajudou a aumentar a produção cirúrgica ( Falcão; Souza, 2023).
  - Reunir com a equipe periodicamente: reuniões de equipe podem ser uma boa oportunidade de melhoria da comunicação, por permitirem alinhamento da equipe através de troca de informações e esclarecimentos gerais (Martins *et al*, 2021).
  - Fazer uso de protocolos e fluxogramas unidos a treinamentos para melhorar a comunicação.

### **3.2 Alocação Estratégica de Equipes:**

- Fazer gestão de pessoas
  - Mapear perfis de cirurgias e alocar equipes conforme especialização e disponibilidade.
  - Estabelecer rodízio na escala da enfermagem proporcionando melhor distribuição de pessoal de acordo com o porte da cirurgia.
  - Estabelecer plantões de sobreaviso para cobrir ausências.

### **3.3 Revisão de Decisões Clínicas:**

A adoção de medidas rigorosas, envolvendo a direção clínica e os cirurgiões, é eficaz. Sugere-se que a direção clínica hospitalar determine medidas austeras, compartilhadas com o corpo de médicos cirurgiões, com enfoque àqueles que concorrem mais frequentemente para o aumento da taxa de cancelamento de cirurgias. Sanjay *et al* (2017) destacam que políticas claras e responsabilização reduzem cancelamentos.

- Fazer uso da ferramenta Protocolo de Registro de Cancelamento de Cirurgia: para identificar médicos cirurgiões que promovem o aumento da taxa de cancelamentos.
- Estabelecer Comitês Multidisciplinares: para avaliar cancelamentos solicitados por cirurgiões.
- Implantar protocolos claros para alterações de conduta (ex.: segunda opinião obrigatória).

## CAPÍTULO IV



## ESTRATÉGIAS IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO

## 4 ESTRATÉGIAS IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO

A implantação de sistemas de controle periódico para monitorar frequências e causas de cancelamentos é uma prática amplamente recomendada. Chiu *et al* (2014), destacam que a coleta sistemática de dados permite identificar padrões e implementar correções proativas. Silva *et al* (2019) reforçam a importância de auditorias internas para reduzir taxas de cancelamento.

### 4.1 Plano de Ação:

- Designar um Comitê de Qualidade de Cirurgia: para supervisionar as estratégias implantadas (acompanhamento do plano de ação).
- Treinar equipes em ferramentas de melhoria (ex.: PDSA; PDCA). (Modelo PDSA de Plano de Ação para Redução de Cancelamentos Cirúrgicos- Anexo 4)
- Avaliar se as mudanças implantadas melhoraram os processos (Silva *et al*, 2019).

### 4.2 Implantar e acompanhar Indicadores Chave:

- Taxa de Cancelamento por Categoria: relacionadas ao paciente, relacionadas a administração e logística, e relacionadas aos recursos humanos (estratificando em subcategorias: ex: Tempo médio de preparo da SO).
- Tempo médio de preparo pré-operatório (Macario *et al*, 2013).
- Percentual de satisfação da equipe e pacientes (Reis *et al*, 2019).

### 4.2 Ajustes Contínuos:

- Fazer reuniões mensais para revisar dados e adaptar protocolos (Jain *et al*, 2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este guia propõe uma abordagem sistêmica, alinhando prevenção, gestão e educação. A redução de cancelamentos requer comprometimento institucional, integração entre setores e uso de evidências para decisões clínicas e administrativas.

Espera-se que este Guia Clínico, venha contribuir para que os hospitais públicos criem suas próprias estratégias que evitem os cancelamentos de cirurgias de acordo com suas necessidades, ou utilizem as estratégias apontadas aqui como um direcionador para corrigir os casos de cancelamentos de suas unidades.

É importante frisar, que a maioria das causas de cancelamentos levantadas são perfeitamente evitáveis. Entretanto, faz-se necessário que a instituição de saúde se comprometa em tornar exequível a correção das causas. Porquanto, como visto neste guia, as estratégias apontadas para diminuir os cancelamentos, em sua maioria, não necessitam de aporte de financeiro para serem corrigidas, mas sim, de ajustes nos processos organizacionais do hospital, os quais são perfeitamente executáveis.

## REFERÊNCIAS

- BHARAMGOUDAR, R.; SONSALE, A.; HODSON, J.; GRIFTHS, E. The development and validation of a scoring tool to predict the operative duration of elective laparoscopic cholecystectomy. **Surgical Endoscopy**, v. 32, p. 3149–3157, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-018-6030-6>
- BOTAZINI, N. O.; CARVALHO, R. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura, **Ver. SOBECC**, São Paulo, out./dez., 2017.
- BOTAZINI, N. O.; TOLEDO, L. D.; SOUZA, D. M. S. T. Cirurgias Eletivas: Cancelamentos e Causas, **Ver. SOBECC**, São Paulo, out./dez., 2015.
- CONTERATTO, Katrini dos Santos; SILVA, Nathieli Aparecida da; PERTILLE, Fabiane; ASCARI, Tania Maria; ASCARI, Rosana Amora. Segurança do paciente no perioperatório: evidência dos fatores determinantes do cancelamento cirúrgico. **Ver. SOBECC**, v. 23, n. 4, p.184-188, out. -dez., 2018.
- CONCHON, Marilia Ferrari; FONSECA, Ligia Fahl; ELIAS, Adriana Cristina Galbiati Parminondi. Atraso Cirúrgico: o tempo como um indicador de qualidade relevante, **Anais eletrônico, Encontro internacional de Produção científica Cesumar, Paraná**, 2011.
- COSTA, L. M., SANTOS, P. R., & LIMA, A. S. (2021). Indicadores de desempenho na gestão de cancelamentos cirúrgicos: uma revisão sistemática. **Revista de Administração Hospitalar**, v. 12, n.1, p. 45-58.
- CHIU, C. H., LEE, A., & CHUI, P. T. (2014). Cancellation of elective operations on the day of intended surgery in a Hong Kong hospital: point prevalence and reasons. **Hong Kong Medical Journal**, v. 20, n. 4, p. 284-291.
- DEXTER, F., MAXBAUER, T., STOUT, C., ARCHBOLD, L., & EPSTEIN, R. H. (2012). Relative influence on total cancelled operating room time from patients who are inpatients or outpatients preoperatively. **Anesthesia; Analgesia**, v. 114, n. 1, p. 205-210.
- FALCÃO, J. T. M.; SOUZA, A. R. de. Implantação de um fluxograma de agendamento cirúrgico: impacto na gestão dos processos assistenciais. **Gestão & Cuidado em Saúde**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. e11129, 2023. DOI: 10.70368/gecs.V1i1.11129. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/gestaoecuidado/article/view/11129>. Acesso em: 31 mar. 2025.
- FERREIRA, M. L., COSTA, R. F., & ALVES, M. S. (2017). Impacto da capacitação profissional na redução de cancelamentos cirúrgicos. **Revista de Gestão em Saúde**, v. 8, n. 2, p. 123-134.
- FREITAS, N.Q. et al. O papel do enfermeiro no centro cirúrgico na perspectiva de acadêmicas de enfermagem, **Ver Contexto e Saúde**, v.10, n.20, p 1133- 1136, jan,2011. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1756>>. Acesso em: 26 ago., 2023.

GALHARDO, V.G. *et al.* **Tecnologias de gestão para agendamento cirúrgico: revisão integrativa**, Unipar, 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/Cinthya/Downloads/004+UNIPAR+Saude.pdf>. Acesso em: 28 març., 2025.

GARCIA, M. L., RUIZ, A. S.; FERNANDEZ, J. R. (2020). Development and validation of a surgical cancellation risk scale. *Journal of Perioperative Practice*, v. 30, n.5, p. 123-130.

GOMES, Jacqueline Ramos de Andrade Antunes; FRANCO, Renata Valero Barbosa; GOMES, Maria do Carmo de Souza Mota Avelar. **Organização e Gestão do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário de Belo Horizonte- Minas Gerais**, 2009.

GUIMARÃES, M.F.L. *et al.* Mapeamento de processo: fluxo de instrumental de cirurgias vídeo assistidas. **Ver enferm UFPE online.**, Recife, v.10, n.3, p.1162-9, mar., 2016.

JAIN D, SHARMA R, REDDY S. WHO safe surgery checklist: Barriers to universal acceptance. **J Anaesthesiol Clin Pharmacol**, n. 34, p. 7-10, 2018.

KUMAR, R., GANDHI, R., & PERRIER, Y. (2016). Reasons for cancellation of elective surgical procedures in a multispecialty hospital. **Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology**, v. 32, n.1, p. 64-68.

LEE, C. M. *et al.* Reducing Surgery Cancellations at a Pediatric Ambulatory Surgery Center **AORN Journal**, [s.l.]. v.105, n 4, p. 384-391, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aom2017.01.011>.

LINGARD, L., REGEHR, G., ORSER, B., REZNICK, R., BAKER, G. R., & DORAN, D. (2018). Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. **Archives of Surgery**, v. 143, n.1, p. 12-17.

LOURERO, B. M. C., FILHO, G. S. F. Escores de risco perioperatório para cirurgias não-cardíacas: descrições e comparações. **Ver Soc Bras Clin Med**, out-dez, v.12, n. 4, p. 314-20, 2014. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/1679-1010/2014/v12n4/a4412.pdf>

MACARIO, A., DEXTER, F.; TRAUB, R. D. Hospital profitability per hour of operating room time can vary among surgeons. **Anesthesia & Analgesia**, v. 97, n.6, p. 1849-1857, 2013.

MACHADO, L. M. S., NASCIMENTO, K. C., ALVAREZ, A. G., KNIHS, N. S., SEBOLD, L. F., CESCO NETTO, D., Prevalência de Suspensões Cirúrgicas eletivas em hospital público do Sul do Brasil. **Ver.Sobecc**, São Paulo.jul/set., v. 26, n. 3, p.131-13, 2021.

MALAGUTTI, W.; BONFIM, I. M. **Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico**. São Paulo, Bireme, 3. ed. São Paulo: Martinari, 2013.

MARTINS KN, BUENO AA, MAZONI SR, MACHADO VB, EVANGELISTA RA, BOLINA AF. Processo gerencial em centro cirúrgico sob a ótica de enfermeiros. **Acta Paul Enferm.**, v. 34, p. eAPE00753, 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed.

Petrópolis: Vozes, 2014.

MOZER, C. A.N., Gonçalves, J.C.; Santos, L. S.; Furieri, L. B.; Fioresi, M. (2024). Cancelamento cirúrgico relacionado ao paciente: como interpretar esse indicador? **Revista SOBECC**, n.29, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202328900>

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. **Ver. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n.1, fev., 2006.

PERROCA, Márcia Galan; JERICÓ, Marli de Carvalho; FACUNDIN, Solange Diná. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. **Ver. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 1, mar., 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000100015>. Acesso em: 12-04-2023.

PERROCA, Márcia Galan; JERICÓ, Marli de Carvalho; FACUNDIN, Solange Diná. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. **Ver. Latinoam. Enferm (Online)**. [Internet]. [acesso em 2019 mar 13, v.15, n.5, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt\\_v15n5a20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a20.pdf).

PÉS, D.; SOUZA, J.S.M.D.; PAGANIN, A.; MATTE, J. Análise dos indicadores de atrasos em procedimentos cirúrgicos em um hospital privado de Caxias do Sul. **Ver. Enferm. PUCMinas (Online)**. Acesso em 28 de março de 2025. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/enfermagemrevista/article/view/28920/19840>.

PEREIRA, R. M., ALVES, M. S., & COSTA, L. F. (2021). Adaptação e validação de uma escala de risco para cancelamento de cirurgias eletivas no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, p. e20200567.

## ANEXOS

### **ANEXO1- PROTOCOLO PRÉ-OPERATÓRIO MULTIDISCIPLINAR (Fase Pré-Hospitalar/Consultas Pré-Anestésicas e Preparação Cirúrgica)**

#### 1. OBJETIVO

- Padronizar a avaliação pré-operatória, reduzindo riscos e cancelamentos.
- Garantir segurança do paciente, considerando suas condições clínicas, sociais e econômicas.
- Otimizar recursos hospitalares (ex.: exames, leitos).

#### 2. CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO MULTIPROFISSIONAL

*(A ser preenchido durante as consultas pré-operatórias)*

##### A) AVALIAÇÃO MÉDICA (Clínico/Cirurgião/Anestesiologista)

###### Identificação e Consentimento

- Confirmar identidade, procedimento e lado cirúrgico.
- Consentimento informado assinado e explicado (em linguagem acessível).

###### História Clínica e Fatores de Risco

- Comorbidades (hipertensão, diabetes, cardiopatias, DPOC).
- Alergias (especialmente látex, antibióticos, contraste).
- Uso de medicamentos (anticoagulantes, anti-hipertensivos, psicotrópicos e controlados, fitoterápicos).
- Histórico de tabagismo, etilismo ou uso de drogas.

###### Exames Complementares (Conforme Necessidade)

- Hemograma, coagulograma (se cirurgia de médio/grande porte).
- Eletrocardiograma (ECG) para pacientes >40 anos ou com risco cardíaco.
- Radiografia de tórax (se indicado).
- Outros.

###### Avaliação Socioeconômica (Enfermagem/Assistência Social)

- Condições de moradia (acesso a saneamento, escadas, cuidadores).
- Necessidade de transporte para retorno pós-operatório.
- Risco de abandono de tratamento (falta de apoio familiar, condições financeiras).
- Encaminhamento para assistência social (se necessário).

## B) AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

### ➤ Preparo Físico e Orientações

- Jejum confirmado (-----h sólidos/-----h líquidos).
- Banho pré-operatório com antissépticos (se necessário).
- Remoção de adornos, próteses dentárias, esmalte.
- Orientação sobre sinais de alerta pós-operatório.

### ➤ Apoio Psicossocial

- Ansiedade ou dúvidas do paciente/família abordada.
- Necessidade de acompanhante no dia da cirurgia.

## C) CHECKLIST FINAL PRÉ-HOSPITALAR

*(A ser revisado antes da internação)*

Item	Verificação	Responsável
Documentação	Prontuário completo, exames anexados	Administrativo
Condições Clínicas	Paciente clinicamente apto	Médico
Apoio Social	Plano pós-operatório definido	Assistente Social
Logística	Data de Internação e cirurgia confirmada	Enfermagem

## 3. FLUXOGRAMA PRÉ-OPERATÓRIO

1. **Agendamento da Cirurgia** ➔  
Encaminhamento para consulta pré-anestésica.
2. **Consulta Multidisciplinar** ➔  
Médico, enfermagem, assistência social
3. **Exames e Correção de Fatores de Risco** ➔  
Otimização clínica (ex.: controle de glicemia, hipertensão).
4. **Checklist Final** ➔  
Validação 48h antes da cirurgia.

#### 5. **Internação** →

Confirmação de vaga e preparo no dia.

#### 4. **OBSERVAÇÕES PARA EQUIPE**

- **Pacientes vulneráveis:** Priorizar aqueles com dificuldade de acesso (ex.: moradores de rua, idosos sem acompanhante).
- **Comunicação clara:** Usar linguagem não técnica para garantir compreensão.
- **Registro no prontuário:** Todas as etapas devem ser documentadas (evitar perda de informação).

#### **Modelo Adaptável**

- Pode ser **impresso em formulários** ou integrado a **sistemas eletrônicos** (ex.: HIPERDIA, SISREG).
- Incluir **ícones ou cores** para facilitar a visualização em hospitais com poucos recursos.

Este protocolo reduz **cancelamentos, melhora a segurança e humaniza o cuidado.**

**Fonte:** Elaborado pela autora

## ANEXO 2- PROTOCOLO PRÉ-OPERATÓRIO PARA CURURGIAS ORTOPÉDICAS E GERAL (Hérnias + Colectectomias)

### 1. OBJETIVO

- Padronizar a avaliação pré-operatória, conforme particularidades das cirurgias ortopédicas (ex.:fraturas, artroplastias) e cirurgias gerais (hérnias inguinais/incisionais e colecistectomias laparoscópicas/abertas).
- Reduzir complicações como infecções, trombose venosa profunda (TVP) e falhas no preparo.

### 2. CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO POR ESPECIALIDADE

#### A) CURURGIAS ORTOPÉDICAS

(Ex.: Fraturas, Artroplastias, Osteossínteses)

##### Avaliação Específica:

- Exames de imagem atualizados (Raio-X, TC ou RM conforme necessidade).
- Risco de TVP ( ex.:Avaliar escore de Caprini- profilaxia com heparina/meias compressivas).
- Necessidade de órtese/cadeira de rodas pós-operatório (encaminhar ao serviço social).
- Antibioticoprofilaxia (ex.: cefazolina 2g EV 30 min antes da incisão).

##### Checklist Ortopédico:

Item	Verificação	Responsável
Lateralidade demarcada	Confirmação no membro a ser operado ( caneta cirúrgica)	Enfermagem
Disponibilidade de materiais	Hastes, placas, próteses confirmadas	Instrumentador
Posicionamento cirúrgico	Decúbito adequado (ex.: supino,lateral)	Equipe cirúrgica

## B) CIRURGIA GERAL ( Hérnias + Colectomias)

### ➤ Preparo Físico e Orientações

- **Hérnias**

**Tipo de hérnia** ( inguinal, umbilical, incisional) e risco de estrangulamento.

**Necessidade de tela cirúrgica** ( confirmar disponibilidade no estoque).

- **Colectomias:**

**Exames prévios** ( USG abdominal, enzimas hepáticas, risco de coledocolitíase).

**Preparo Intestinal** ( jejum de 8h sólidos/2h ou 6h de líquidos claros, conforme preconizado na instituição).

### ➤ Checklist Cirurgia Geral:

Item	Verificação	Responsável
Via aérea e posicionamento	Adequado para laparoscopia (Trendelenburg)	Anestesia
Antibioticoprofilaxia	Hérnias: cefazolina; Colectomia: apenas se infecção biliar	Cirurgião
Materiais específicos	Optica/trocateres (laparoscopia), telas (hérnias)	Instrumentador

## 3. ETAPAS COMUNS A TODAS AS CIRURGIAS

### A) Fase Pré-Hospitalar ( Consulta Pré-Anestésica)

#### ➤ Avaliação Clínica Multidisciplinar:

**Cardiopatia ?** ( Avaliar risco cirúrgico- ASA I a IV).

**Controle de comorbidades** ( ex.: glicemia <200mg/dl em diabéticos).

**Suspensão de anticoagulantes** (ex.: AAS 7 dias antes, warfarina 5 dias antes).

#### ➤ Avaliação Socioeconômica (Assistente Social)

**Necessidade de acompanhante** ( paciente idoso ou com mobilidade reduzida).

**Transporte garantido no pós-operatório** ( evitar complicações por esforço).

**B) Dia da Cirurgia (Checklist da cirurgia segura/Time-Out)**  
*(Realizado na sala cirúrgica antes da incisão)*

1. **Confirmar:**

- . Nome do paciente, procedimento e lateralidade.
- . Disponibilidade de sangue (se necessário).

2. **Revisar:**

- . Alergias (ex.: látex, medicamentos).
- . Profilaxia de TVP e antibiótico ( se aplicável).

**4. FLUXOGRAMA PRÉ-OPERATÓRIO**

1. **Agendamento da Cirurgia** →  
Encaminhamento para consulta pré-anestésica.
2. **Otimização clínica** →  
Controle de hipertensão, diabetes, anemia.
3. **Preparo pré-hospitalar** →  
Jejum, banho com clorexidina (ortopedia).
4. **Checklist Final** →  
Validação no dia da cirurgia.

**5. OBSERVAÇÕES**

- **Ortopedia:** Priorizar profilaxia de TVP e evitar infecções (limpeza rigorosa no sítio cirúrgico).
- **Hélnia/ Colecistectomias:** Atenção à antibióticoprofilaxia e posicionamento laparoscópico.
- **Registro eletrônico:** Se possível, integrar ao prontuário do SUS.

**Fonte:** Elaborado pela autora

## ANEXO 3- ROTEIRO ESTRUTURADO DE CHAMADA TELEFÔNICA PRÉ-OPERATÓRIO

(Enfermeiro → Paciente/ Responsável)

### 1. IDENTIFICAÇÃO E CONFIRMAÇÃO

- “Bom dia/tarde, sou (nome do enfermeiro), do (hospital). Estou ligando para confirmar sua cirurgia no dia (data) às (horário). Podemos conversar?”.
- Confirmar:
  - . Nome completo do paciente e data de nascimento.
  - . Procedimento cirúrgico marcado (ex.: “O senhor (a) vai operar a hérnia inguinal, correto?”).

### 2. AVALIAÇÃO DO PREPARO CLÍNICO

- **Exames:**
  - . “O senhor realizou todos os exames solicitados pelo seu médico? Realizou a consulta com o anestesista? Pode me informar a data dos seus exames, começando pelo risco cirúrgico”? (solicitar a data de todos os exames obrigatórios para a cirurgia, para checar se estão atualizados e completos, conforme protocolo da instituição).
- **Jejum:**
  - . “O senhor (a) sabe o que precisa que precisa ficar em jejum?” 8 horas sem comida sólida e 2 horas sem líquidos claros (como água ou chá sem açúcar) antes da cirurgia”.
  - . “Alguma dúvida sobre o jejum?”
- **Medicações:**
  - . “Está tomando algum remédio? Principalmente *aspirina, anticoagulantes (como Marevan), anti-inflamatórios ou insulina?*”
  - . “Se sim, foi orientado (a) a suspender algum? Quando?” (Registrar se houve entendimento).
- **Sintomas recentes:**
  - . “Teve febre, tosse, gripe ou infecção nos últimos 7 dias?”
  - . “Está com feridas ou machucados próximos ao local da cirurgia?” (Situação crítica para ortopedia).

### 3. ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

- **Higiene:**
  - . “No dia anterior, lave a região da cirurgia com sabão neutro. Não passe cremes ou perfumes.”

. “Para cirurgias ortopédicas: use roupas limpas e folgadas”.

- **Documentos e Acompanhante:**

. “Traga: documento de identidade, cartão do SUS, exames e lista de medicamentos.”

. “Venha com um acompanhante maior de 18 anos e com menos de 60 anos.”

- **Transporte e Retorno**

. “Já planejou como vai voltar para casa?” Não poderá dirigir após a cirurgia.”

#### 4. AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

. “Tem alguém para ajudar em sua casa nos primeiros dias?” (**Idoso/ cirurgias maiores**).

. “Precisa de atestado ou documento para trabalho?”

. “Tem condições de comprar medicações pós-operatória?” (**Se não, encaminhar para farmácia do SUS/Assistência Social**).

#### 5. CONFIRMAÇÃO FINAL E ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

. “Resumindo: jejum de 8h sólidos/2h líquidos, trazer documentos, exames, vir com acompanhante. Alguma dúvida?”

. “Caso precise cancelar ou tenha sintomas novos como febre, dor, ligue para (**telefone do hospital setor responsável por internações**).”

#### 6. REGISTRO DA LIGAÇÃO (Modelo para prontuário)

Data	Paciente	Procedimento	Orientações Repassadas	Dúvidas	Ações Pendentes
0x/0x/2025	Cicrano	Colecistectomia	Jejum, suspensão de AAS	Nenhuma	Encaminhar à Serviço Social para transporte

Fonte: Elaborado pela autora

#### 7. DICAS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

1. **Linguagem simples:** Evite termos técnicos (ex.: “NPO” – use “jejum”).
2. **Registro obrigatório:** Anotar no prontuário ou sistema (ex.: HIPERDIA).
3. **Sinalizar alertas:** Pacientes com dificuldades socioeconômicas ou de entendimento devem ser encaminhados para a Assistência Social.

## ANEXO 4-PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DE CANCELAMENTOS CIRÚRGICOS (Modelo PDSA)

### 1. PLAN (Planejamento)

**Objetivo:** Reduzir cancelamentos em 40% em 6 meses, através de monitoramento sistemático e correções proativas.

#### A) Mapeamento das Principais Causas (Dados Base)

Coletar dados retrospectivos (últimos 3 meses) para identificar padrões:

- **Top 5 causas de cancelamento** (ex.: falta de vaga em UTI, paciente não compareceu, exames pendentes, falta de material, descompensação clínica).
- **Setores críticos:** Ortopedia, Cirurgia Geral (hérnias/colecistectomias).

#### B) Formação da Equipe Multidisciplinar

- **Enfermagem:** Registro de cancelamento em planilha padronizada.
- **Gestão Hospitalar:** Análise mensal de dados.
- **Assistência Social:** Acompanhamento de pacientes vulneráveis.

#### C) Indicadores-Chave

- Taxa de cancelamentos (%) =  $(N^{\circ} \text{ cancelamentos} / N^{\circ} \text{ cirurgias agendadas}) \times 100$ .
- Tempo médio de reagendamento.

### 2. DO (Execução)

#### A) Intervenções Imediatas

##### Para causas clínicas (30% dos casos):

- **Checklist pré-operatório obrigatório 72h antes da cirurgia** (confirmar exames, controle de comorbidades).
- **Consulta de otimização clínica** para pacientes de alto risco (diabéticos, cardiopatas).

##### Para falhas operacionais (25% dos casos):

- **Conferência diária de materiais** (ex.: telas para hérnias, próteses ortopédicas).
- **Sistema de alerta para estoque crítico** (planilha compartilhada com almoxarifado, OPME).

##### Para absenteísmo (20% dos casos):

- **Lembretes por SMS/WhatsApp 48h antes** (ex.:\* “Sr (a), sua cirurgia é dia XX/XX. Comparecer às 6h com documento, exames e acompanhante” \*).
- **Parceria com transporte social** para pacientes carentes.

### 3. STUDY (Análise)

#### A) Monitoramento Semanal

- **Reunião rápida (15 min) com equipe para:**
  - . Revisar planilha de cancelamentos.
  - . Identificar novas causas emergentes (ex.: surto de gripe afetando a equipe).

#### B) Análise Mensal (Relatório PDSA)

Mês	Taxa Cancelamento	Causa Principal	Ação Corretiva
1	22%	Exames pendentes	Agendar exames na consulta pré-anestésica
2	18%	Falta de vaga na UTI	Priorizar cirurgias de baixo risco em UTI

### 4. ACT (Ajustes)

#### A) Padronização do Funcionou

- Implementar **checklist eletrônico** (se possível) integrado ao prontuário do SUS.
- Treinar equipe de recepção **para verificar documentos no agendamento.**

#### B) Escalonamento de Soluções

- Se absenteísmo persistir: **estabelecer chamadas telefônicas pelo Enfermeiro em 48h antes da cirurgia para confirmar cirurgia.**

#### C) Comunicação dos Resultados

- Quadro de avisos na sala de cirurgia com métricas mensais (transparência nos dados).

## 5. FERRAMENTAS DE APOIO

### 1. Planilha de Monitoramento

(Exemplo):

Data	Paciente	Cirurgia	Motivo do Cancelamento	Ação Tomada
X/X/2025	Fulano	Hérnia	Jejum inadequado	Reagendamento + Orientação por telefone

### 2. Modelo de SMS (Baixo Custo):

*“Sr (a) (Nome), sua cirurgia é amanhã às (hora). Jejum: 8h sem comida, 2h sem água. Traga documento de identidade e acompanhante. Dívidas: (telefone do setor responsável)”.*

## 6. RESULTADOS ESPERADOS

- **Redução progressiva** de cancelamentos (meta: <10% em 6 meses).
- **Economia de recursos** (leitos, materiais, tempo da equipe).
- **Melhoria na segurança do paciente** (menos reagendamentos de urgência).

**Adaptação Contínua:** Revisar o ciclo PDSA a cada 3 meses com dados atualizados.

**Fonte:** Elaborado pela autora