



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro

**Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial: um estudo transversal**

Rio de Janeiro

2023

Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro

**Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial: um estudo transversal**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Cintia Silva Fassarella

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

P654	<p>Pinheiro, Liliane Duarte Pereira Silva. Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial: um estudo transversal / Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro. - 2023. 97 f.</p> <p>Orientadora: Cintia Silva Fassarella. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. 2. Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. 3. Segurança do paciente. 4. Enfermagem perioperatória. I. Fassarella, Cintia Silva. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bibliotecária Kárin Paz CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro

**Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial: um estudo transversal**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 14 de fevereiro de 2023.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cintia Silva Fassarella (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Thalita Gomes do Carmo  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Flavia Giron Camerini  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2023

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha querida avó Adelizira (*in memoriam*), que infelizmente não está mais entre nós, mas com certeza estaria vibrando com a realização de mais um sonho em minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, toda honra e louvor ao meu Deus, que me deu força, sabedoria, coragem e sustento em cada etapa dessa desafiadora jornada.

Às minhas princesas Elisa e Luísa, que foram e sempre serão minha inspiração. Amo vocês!

Ao meu marido e companheiro Pábulo Pinheiro, pelo apoio, cuidado e compreensão.

À minha mãe Marluce, que com muito amor e carinho sempre me apoiou e me fez forte o suficiente para superar os desafios da vida, e ao meu pai Osmar, pelas palavras de ânimo e fé.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Cíntia Fassarella, que com carinho me acolheu, sempre esteve presente e com zelo e carinho compartilhou seus conhecimentos. Louvo a Deus por sua vida!

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ), pelo financiamento da publicação do artigo científico.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), pelo financiamento da análise estatística desta pesquisa.

Aos Grupos de pesquisa Tecnologias em Saúde e Enfermagem no contexto da Segurança do Paciente em Ambiente Hospitalar (TESPAH) e Concepções teóricas do cuidar em enfermagem, pela oportunidade de aprendizado e crescimento enquanto discente, enfermeira e pessoa.

Às queridas professoras da banca que compartilharam seu conhecimento e contribuíram de forma valiosa com o desenvolvimento desse trabalho.

À minha amiga, parceira de jornada, enfermeira Nínive Pita, por ter dividido comigo tantos momentos de alegrias e incertezas nesse processo. Obrigada por seu ombro amigo!

Às queridas Juliana Barbosa e Suellem Pereira pela parceria, cooperação e paciência, sem vocês eu não chegaria a esse momento, espero em breve retribuir o que fizeram por mim.

À coordenação de enfermagem da Policlínica Universitária Piquet Carneiro, que sempre me apoiou em todas as fases da minha vida acadêmica, desde a graduação até o mestrado.

Aos meus colegas de trabalho da Policlínica Piquet Carneiro, que me acompanharam e motivaram ao longo deste árduo percurso. Vocês são incríveis!

Por fim, agradeço imensamente a todos os amigos e familiares que contribuíram para o desenvolvimento desse trabalho direta ou indiretamente.

## RESUMO

PINHEIRO, L. D. P. S. **Análise das causas de cancelamentos de cirurgia ambulatorial**: um estudo transversal. 2023. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O objetivo do estudo foi analisar as causas de cancelamento em uma unidade de cirurgia ambulatorial universitária integrante do SUS. Estudo transversal, descritivo e analítico, apresentado com o suporte da ferramenta STROBE®, a partir de análise documental de registro interno da instituição. O cenário foi o centro cirúrgico ambulatorial de uma policlínica universitária integrante do Sistema Único de Saúde do município do Rio de Janeiro. Utilizou-se, para organização dos dados, instrumento de coleta de dados estruturado, construído pela autora a partir da revisão da literatura. Os participantes do estudo foram os registros de 2.147 cirurgias agendadas, 1.813 realizadas e 334 canceladas entre agosto de 2021 a julho de 2022. Os dados coletados foram inseridos em uma planilha eletrônica (*Microsoft Excel*®) e passaram por análises estatísticas inferenciais utilizando o pacote estatístico R, versão 4.2.1. As inúmeras causas de cancelamento foram refinadas e agrupadas em dez motivos: falta do paciente, inconformidade no preparo pré-operatório, paciente com doses incompletas/sem vacina contra COVID-19, desistência do paciente, ausência do teste RT-PCR para COVID-19, condições clínicas desfavoráveis, falta de profissional, erro no agendamento, falta de exame pré-operatório e falta de equipamentos/insumos/leito. Essas causas foram categorizadas, de acordo com a literatura em: paciente, clínicas e institucionais. Os cancelamentos cirúrgicos estavam mais frequentemente relacionados à falta do paciente 117 (35,05%), seguida de condições clínicas desfavoráveis 92 (27,54%). Dentre as categorias elencadas, as causas relacionadas aos pacientes foram 182 (54%), seguida das causas clínicas 92 (27%). Evidenciou-se taxa anual de cancelamento cirúrgico de 15,55%, a maior taxa foi registrada no mês de dezembro/2021 27 (22,5%) e na especialidade da cirurgia vascular 66 (20,89%). Houve diferença estatística significativa entre os cancelamentos cirúrgicos com o mês ( $p=0,010$ ), sexo ( $p\leq 0,001$ ), especialidade cirúrgica ( $p=0,001$ ) e idade ( $p=0,007$ ). Concluiu-se que a causa de cancelamento em cirurgia ambulatorial predominante foi a falta do paciente e uma taxa anual de cancelamento considerada alta, denotando a necessidade de maior intervenção por meio da adoção de ferramentas que possibilitem estratégias gerenciais, sobretudo, para os aspectos mais críticos.

Palavras-chave: Cancelamento de Cirurgia. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Segurança do Paciente. Enfermagem Perioperatória.

## ABSTRACT

PINHEIRO, L. D. P. S. **Analysis of the causes of outpatient surgery cancellations**: a cross-sectional study. 2023. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The objective of the study was to analyze the causes of cancellation in a university outpatient surgery unit of the SUS. Cross-sectional, descriptive and analytical study, presented with the support of the STROBE® tool, based on document analysis of the institution's internal record. The setting was the outpatient hospital center of a university polyclinic that is part of the Unified Health System in the city of Rio de Janeiro. An archived data collection instrument was used to organize the data, constructed by the author based on the literature review. Study participants were the records of 2,147 surgeries scheduled, 1,813 performed, and 334 canceled between August 2021 and July 2022. The collected data were entered into an electronic spreadsheet (Microsoft Excel®) and underwent inferential statistical analysis using the statistical package R, version 4.2.1. The numerous causes of cancellation were refined and grouped into ten reasons: patient absence, non-compliance with preoperative preparation, patient with incomplete doses/no vaccine against COVID-19, patient withdrawal, absence of RT-PCR test for COVID-19, unfavorable clinical conditions, lack of professional, scheduling error, lack of preoperative examination and lack of equipment/supplies/bed. These causes were categorized, according to the literature, into: patient, clinical and institutional. Surgical cancellations were more frequently related to patient absence 117 (35.05%), followed by unfavorable clinical conditions 92 (27.54%). Among the categories listed, causes related to patients were 182 (54%), followed by clinical causes 92 (27%). There was an annual rate of surgical cancellation of 15.55%, the highest rate was recorded in the month of December/2021 27 (22.5%) and in the specialty of vascular surgery 66 (20.89%). There was a statistically significant difference between surgical cancellations according to month ( $p=0.010$ ), gender ( $p\leq 0.001$ ), surgical specialty ( $p=0.001$ ) and age ( $p=0.007$ ). It is concluded that the predominant cause of cancellation in outpatient surgery was patient absence and an annual cancellation rate considered high, denoting the need for greater intervention through the adoption of tools that enable management strategies, especially for the most critical aspects.

Keywords: Surgery Cancellation. Ambulatory Surgical Procedures. Quality Indicators, Health Care. Patient Safety. Perioperative Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Procedimentos cirúrgicos realizados no Brasil por ano pelo SUS.....	20
Quadro 1 –	Definição das classificações de ASA segundo a <i>American Society of Anesthesiologists</i> .....	23
Gráfico 1 –	Distribuição das cirurgias realizadas e canceladas por idade.....	47
Gráfico 2 –	Estimativa de densidade das cirurgias realizadas e canceladas por idade.....	48

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com cirurgias ambulatoriais canceladas. Rio de Janeiro, 2022.....	43
Tabela 2 –	Caracterização das causas e momento em que ocorreu o cancelamento em uma unidade de cirurgia ambulatorial universitária integrante do SUS. Rio de Janeiro, 2022.....	45
Tabela 3 –	Distribuição da taxa de cirurgias canceladas, e associação do cancelamento cirúrgico com mês, sexo, especialidade cirúrgica e faixa etária. Rio de Janeiro, 2022 .....	46
Tabela 4 –	Ações/procedimentos realizados antes da confirmação do cancelamento cirúrgico ambulatorial. Rio de Janeiro, 2022.....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASA	American Society of Anesthesiologists
CA	Cirurgia ambulatorial
CC	Centro cirúrgico
CCA	Centro Cirúrgico Ambulatorial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CME	Centro de Material e Esterilização
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CTAC	Centro de tratamento de Anomalias Craniofaciais
ERAS	<i>Enhanced Recovery After Surgery</i>
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
IAAS	<i>International Association for Ambulatory Surgery</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPGENF/UERJ	Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2</i>
SO	Sala operatória
SOBECC	Associação Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização
SOBRACAM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Ambulatorial
SRPA	Sala de Recuperação Pós Anestésica
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TESPAH	Tecnologias em Saúde e Enfermagem no contexto da Segurança do Paciente em Ambiente Hospitalar
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO</b> .....	18
1.1	<b>Cirurgia ambulatorial</b> .....	18
1.2	<b>A Enfermagem Perioperatória no contexto ambulatorial</b> .....	24
1.3	<b>Cancelamento cirúrgico: Indicador de qualidade e segurança do paciente</b>	27
1.4	<b>As causas de cancelamento em cirurgia ambulatorial</b> .....	30
1.4.1	<u>Causas relacionadas ao paciente</u> .....	31
1.4.2	<u>Cancelamentos relacionados aos fatores institucionais</u> .....	32
1.4.3	<u>Cancelamentos relacionados às causas clínicas</u> .....	33
2	<b>CANCELAMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA</b> .....	36
3	<b>METODOLOGIA</b> .....	37
3.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	37
3.2	<b>Cenário do estudo</b> .....	37
3.3	<b>Participantes</b> .....	38
3.4	<b>Instrumentos de coleta de dados</b> .....	39
3.5	<b>Coleta de dados</b> .....	40
3.6	<b>Organização e análise dos dados</b> .....	40
3.7	<b>Aspectos éticos</b> .....	41
4	<b>RESULTADOS</b> .....	43
5	<b>DISCUSSÃO</b> .....	49
5.1	<b>Causas de cancelamento</b> .....	49
5.1.1	<u>Falta do paciente</u> .....	50
5.1.2	<u>Condições clínicas desfavoráveis</u> .....	51
5.1.3	<u>Inconformidade no preparo pré-operatório</u> .....	52
5.1.4	<u>Paciente sem vacina/doses incompletas</u> .....	54
5.1.5	<u>Falta de profissional</u> .....	55
5.1.6	<u>Erro no agendamento</u> .....	55
5.1.7	<u>Falta de exame pré-operatório</u> .....	56
5.1.8	<u>Falta de equipamentos/insumos/leito</u> .....	57

5.1.9	<u>Desistência do paciente</u> .....	58
5.1.10	<u>Ausência do teste de RT-PCR para COVID-19</u> .....	59
5.2	<b>Momento e o período transoperatório do cancelamento</b> .....	59
5.3	<b>Taxa de cancelamento cirúrgico mensal e por especialidade</b> .....	60
5.4	<b>Associação do cancelamento cirúrgico ambulatorial com as variáveis: mês, sexo, especialidade cirúrgica e faixa etária</b> .....	62
5.5	<b>Ações ou procedimentos desenvolvidos até o cancelamento</b> .....	64
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	65
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	67
	<b>APÊNDICE A – Cronograma</b> .....	78
	<b>APÊNDICE B – Instrumento de coleta dados</b> .....	79
	<b>APÊNDICE C – Orçamento da pesquisa</b> .....	80
	<b>APÊNDICE D – Declaração de isenção de custos à unidade</b> .....	81
	<b>ANEXO A – Cancelamento cirúrgico ambulatorial: uma revisão integrativa (artigo científico)</b> .....	82
	<b>ANEXO B – Carta de anuência</b> .....	83
	<b>ANEXO C – Declaração de ciência do chefe do serviço</b> .....	84
	<b>ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	86
	<b>ANEXO E- Adendo ao Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	91
	<b>ANEXO F – Termo de compromisso com a instituição</b> .....	96
	<b>ANEXO G – Termo de justificativa de dispensa de TCLE</b> .....	97

## INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto de pesquisa as causas de cancelamento em cirurgia ambulatorial em uma policlínica universitária integrante do Sistema Único de Saúde (SUS).

Verifica-se que o cancelamento de cirurgias tem se tornado uma questão recorrente nos serviços de saúde em diversos países no mundo (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Embora o cancelamento de cirurgia seja uma das principais causas de subutilização da sala cirúrgica ou operatória (FERREIRA; BOTO, 2021), notou-se, a partir da busca na literatura científica, que a temática de cancelamento cirúrgico vem sendo fortemente debatida no contexto de cirurgia hospitalar com internação, com escassez de publicações nos últimos 5 anos que contemplem as causas de cancelamento em Cirurgia Ambulatorial (CA).

A definição de “cancelamento cirúrgico” é ampla e imprecisa na literatura devido às descrições de cancelamento como “cancelamento no dia da cirurgia”, “cancelamento na véspera da cirurgia” ou “cancelamento a qualquer momento após o agendamento da operação”(TURUNEN *et al.*, 2019). Além disso, o cancelamento também abrange o conceito de adiamento da cirurgia, porque o cancelamento é muitas vezes seguido por um reagendamento da cirurgia (VIFTRUP *et al.*, 2021).

Diante do fato do termo “cancelamento cirúrgico” não ser, até o momento, um descritor em ciências da saúde, diferentes autores referem-se aos termos “cancelamento” e “suspensão” como sinônimo na literatura científica (JÚNIOR *et al.*, 2019; LLANOS *et al.*, 2020; OGWAL *et al.*, 2020; REZENDE; RISI, 2021; VIFTRUP *et al.*, 2021).

Do mesmo modo, neste estudo, o cancelamento cirúrgico foi definido como qualquer operação programada que não foi realizada no dia previsto, ou seja, a suspensão ou cancelamento de qualquer operação que estava programada no dia (TURUNEN *et al.*, 2019; OGWAL *et al.*, 2020).

Nesse contexto, um indicador negativo, comumente usado na avaliação da qualidade é a taxa de cancelamento cirúrgico (DÍAZ-PÉREZ *et al.*, 2020). Os indicadores de qualidade são utilizados para compreender situações e mudanças no processo de trabalho, avaliando melhorar a qualidade do serviço (AMARAL *et al.*, 2020).

Com isso, a literatura aponta que um serviço cirúrgico eficiente demonstra baixas taxas desses cancelamentos em seus procedimentos, embora não haja consenso sobre um valor aceitável, visto que muitos deles podem ser evitados e causam danos desnecessários para pacientes e organizações de saúde (DÍAZ-PÉREZ *et al.*, 2020).

Logo, a taxa de cancelamento pode variar de acordo com as características da unidade, especialidades cirúrgicas, dados sociodemográficos da população atendida, bem como a economia do país. Sendo assim, estudo demonstrou que a taxa de cancelamento varia de 2 a 40% em países desenvolvidos, podendo chegar a 73% em países de baixa e média renda (ABATE *et al.*, 2020).

Com isso, analisar a taxa de cancelamento/suspensão de cirurgias, suas causas, consequências e prováveis soluções visa a melhoria da qualidade assistencial, bem como a racionalização dos recursos financeiros e humanos (CAVALCANTE DE SOUSA ARAÚJO *et al.*, 2020).

Uma importante atribuição dos enfermeiros no cenário cirúrgico é a liderança. Essa atribuição profissional garante o funcionamento do serviço cirúrgico efetivo. Assim, deve-se considerar que embora as causas de cancelamento cirúrgico sejam multifatoriais e envolvam a equipe multiprofissional, a falha nas ações gerenciais do enfermeiro pode provocar atraso de cirurgias e, até mesmo, seu cancelamento (PEREIRA *et al.*, 2021).

Cabe ressaltar que a gestão da assistência é inerente à prática da enfermagem, tendo o enfermeiro como figura primordial nos processos que envolvem o manejo dos indicadores de qualidade, desde a implementação até a sua análise. Portanto, torna-se imperativo ao enfermeiro conhecer ferramentas para o planejamento, o gerenciamento e a organização que permitam aferir o desempenho e a qualidade dos seus serviços. (AMARAL *et al.*, 2020).

Atualmente, o número de procedimentos cirúrgicos mais complexos realizados em Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) tem aumentado devido às melhorias contínuas nas técnicas anestésicas e cirúrgicas, e estabelecimento de critérios rigorosos para alta (CRUZ RODRÍGUEZ, 2020).

Além disso, segundo Pinto e Sarnadas (2020), em relação às cirurgias eletivas em regime de internação hospitalar, a CA se diferencia pelo seu caráter inovador, no qual o paciente, que será submetido à cirurgia, é o centro do cuidado.

Nessa perspectiva, percebem-se as múltiplas vantagens descritas internacionalmente em relação à cirurgia eletiva ambulatorial, como a redução dos custos hospitalares, menores taxas de complicações pós-operatórias, menor tempo de internação e menor probabilidade de infecções associadas aos cuidados de saúde; para a sociedade, as vantagens incluem a recuperação em ambiente familiar, com uma menor ruptura sociofamiliar (LEE, 2017; PINTO; SARNADAS, 2020).

Observa-se, na literatura científica, um percentual expressivo de cirurgias ambulatoriais realizadas. Estudo aponta que os Estados Unidos e Reino Unido foram

responsáveis por até 60% e 50%, respectivamente, de todas as cirurgias eletivas realizadas (MALIZU; LASEBIKAN; OMOKE, 2021).

Já no Brasil, em 2019, período pré-pandemia da COVID-19, foram realizadas mais de 48 milhões de cirurgias pelo SUS, das quais 90% desse total foram de cirurgias de caráter ambulatorial. Esses números se mostram ainda mais expressivos nas regiões Sudeste e Nordeste, abarcando 42 % e 25%, respectivamente, de todas as cirurgias ambulatoriais nacionais (BRASIL, 2022).

Devido à natureza inerente de um CCA, que realiza apenas procedimentos eletivos programados, os cancelamentos cirúrgicos normalmente resultam em perda de tempo e recursos para as organizações (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Embora seja difícil comparar os motivos e as perdas financeiras entre as diferentes unidades de saúde, o prejuízo relatado na literatura em um único episódio de cancelamento foi de aproximadamente 4.802 dólares e mais de 32 milhões de dólares para uma taxa de cancelamento de 1,4% (TURUNEN *et al.*, 2019).

Diante do exposto, a **motivação** para a realização do presente estudo emergiu a partir da prática laboral da autora, na unidade cirúrgica ambulatorial que atua, onde se registram constantemente episódios de cancelamento em diversas especialidades cirúrgicas.

Com isso, diante das diversas consequências do cancelamento cirúrgico, **justifica-se** a presente pesquisa por:

a) Considerar o prejuízo causado à sociedade, pois existe a possibilidade do paciente ser um trabalhador aguardando o procedimento cirúrgico, deixando de ser produtivo, sem ver seu problema de saúde ser solucionado acarretando em prejuízos no orçamento familiar (DÍAZ-PÉREZ *et al.*, 2020);

b) Sob a ótica do paciente e família, o cancelamento pode trazer alterações em suas rotinas, causar ansiedade, estresse emocional e físico. Com isso, interferir no preparo pré-operatório e na condição de saúde do paciente, visto que há um planejamento pra vivenciar esse momento (ARAÚJO *et al.*, 2020; DÍAZ-PÉREZ *et al.*, 2020);

c) Salienta-se ainda que os profissionais de saúde também sofrem pressão por procedimentos cancelados, seja porque é difícil lidar com pacientes ansiosos, seja pela diminuição da confiança do paciente em seu trabalho uma vez que são os responsáveis por comunicar ao paciente sobre o cancelamento. Esses profissionais podem sentir-se envergonhados, tristes e deprimidos. Desse modo, deve-se considerar a possibilidade de repercussões ético-legais para esses profissionais de saúde e até mesmo para a própria instituição. (TALALWAH; MCILTROT, 2019; ARAÚJO *et al.*, 2020);

d) Administrativamente, há alterações significativas, onde os custos relacionados aos cancelamentos também precisam ser considerados, devido ao desperdício na redução do tempo de utilização da sala operatória (SO), bem como recursos humanos e materiais, (CONTERATTO *et al.*, 2020);

e) Interferir na qualidade, produtividade e eficiência da gestão dos serviços de saúde. Assim, a análise das causas de cancelamento tem como foco a melhoria da qualidade da assistência, bem como a adequação dos recursos humanos e financeiros. (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Para Lee *et al.* (2017), rastrear os motivos detalhados para o cancelamento foi fundamental na identificação de intervenções que puderam reduzir de 18,8% para 8,8% os cancelamentos, contribuindo para que enfermeiros pré-operatórios orientassem melhor os pacientes e suas famílias sobre os procedimentos cirúrgicos e os horários de chegada e saída.

Salienta-se ainda as repercussões dos cancelamentos cirúrgicos no contexto ambulatorial para paciente e familiares, profissionais de saúde, instituição, Estado e SUS (DÍAZ-PÉREZ *et al.*, 2020; SOMMER; JACOBSON; EL-GABALAWY, 2021) dado o elevado número de cirurgias ambulatoriais comparadas às cirurgias hospitalares realizadas no Brasil (BRASIL, 2022).

Diaz-Perez *et al.* (2020) apontam a necessidade de compromisso de profissionais de saúde, gestores e administradores das instituições para corrigir problemas que culminem em cancelamento para evitar sua ocorrência, visto que as evidências apontam que a maioria das causas de cancelamento cirúrgico são evitáveis. Contudo, para que haja esse planejamento, considera-se imperativo o registro de suas causas pela equipe de saúde das unidades cirúrgicas (NUNES *et al.*, 2018).

Diante do exposto, acredita-se que o presente estudo seja relevante devido à evidência de que a análise das causas de cancelamento pode auxiliar a gestão na reflexão sobre a temática, com determinação de possíveis fragilidades, bem como subsidiar a tomada de decisão para possíveis melhorias que minimizem a ocorrência de cancelamentos cirúrgicos na unidade, aumentando assim a qualidade do serviço prestado (TALALWAH; MCILTROT, 2019; ARAÚJO *et al.*, 2020; REZENDE; RISI, 2021).

Assim, fundamentada no acrônimo PICo (SOUSA *et al.*, 2018), sendo P a população (pacientes submetidos à cirurgia), I ao fenômeno de interesse (cancelamento) e Co ao contexto (cirurgia ambulatorial), selecionou-se o seguinte **problema de pesquisa** a ser investigado: quais as causas de cancelamento cirúrgico em uma unidade ambulatorial universitária integrante do SUS?

Adotou-se então como objetivo geral do estudo:

Analisar as causas de cancelamento em uma unidade de cirurgia ambulatorial universitária integrante do SUS.

Como objetivos específicos:

- a) Caracterizar o cancelamento quanto às causas e o momento em que ocorreu o cancelamento em uma unidade de cirurgia ambulatorial universitária integrante do SUS;
- b) Quantificar a taxa de cancelamento cirúrgico mensal e por especialidade em uma unidade de cirurgia ambulatorial universitária integrante do SUS;
- c) Associar o cancelamento cirúrgico ambulatorial com as variáveis: mês, sexo, especialidade cirúrgica e idade.

## 1 REFERENCIAL TEMÁTICO

Tendo em vista uma melhor organização textual, o referencial temático foi desenvolvido e apresentado com os seguintes subcapítulos: cirurgia ambulatorial; a enfermagem perioperatória no contexto ambulatorial; cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade e segurança do paciente; e as causas de cancelamento em cirurgia ambulatorial.

### 1.1 Cirurgia ambulatorial

As cirurgias ambulatoriais são aquelas nas quais os pacientes recebem alta da unidade no mesmo dia e comumente não requerem internação hospitalar ou recebem cuidados pós-operatórios por curto prazo após passarem pelo procedimento cirúrgico (HERRERA-USAGRE *et al.*, 2019).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), o procedimento cirúrgico ambulatorial requer um período de recuperação rápida. Realizado em hospital ou não, esse período não deve ultrapassar mais que 24 horas, ainda que seja realizado em um serviço público ou privado (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2008).

O termo “cirurgia ambulatorial”, também é conhecido pelos termos “Cirurgia de Dia”, “cirurgia do paciente externo” ou “procedimentos cirúrgicos ambulatoriais”. Os diferentes termos transmitem o mesmo significado em diferentes contextos de cirurgia ambulatorial. (STANAK; STROHMAIER, 2020).

A *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS), instituição de caridade registrada na Bélgica, fundada em 1995 com objetivo principal de promover o desenvolvimento mundial de cirurgia ambulatorial de alta qualidade, caracteriza a cirurgia ambulatorial como sendo “aquela na qual os pacientes são admitidos, operados e liberados durante o período de um dia útil (6 a 8 h), sem pernoite”. Às vezes, o uso do termo “*day surgery*” pelos EUA inclui cirurgia de 23 h de permanência, embora os EUA use a definição da IAAS (STANAK; STROHMAIER, 2020).

Historicamente, a CA tem referência em escritos de pergaminhos egípcios no ano 3.000 a.C., na Bíblia e em literaturas Indiana e hindu antiga. Nos Estados Unidos da América (EUA), o conceito de CA teve início em 1818, no Massachusetts General Hospital, o primeiro

departamento para pacientes externos. Na década de 1945, era comumente realizada nos consultórios médicos, com procedimentos que incluíam remoção de lesões, drenagem de abscessos, tonsilectomia, cistoscopia, procedimentos anorretais, procedimentos podiátricos, injeções para controle de dor, reparo de pequenas hérnias, redução de fraturas e reparo de lacerações (ROTHROCK, 2007).

Em Michigan, EUA, no *Butterworth Hospital*, começava a era moderna da cirurgia ambulatorial. Apenas na década de 1960 difundiu-se o interesse pela CA e o tratamento cirúrgico de pacientes que não precisavam de internação passou a contar com o suporte da anestesiologia, o que tornou a prática mais segura e com critérios mais rigorosos, tendo menor incidência de complicações em comparação com o tratamento cirúrgico hospitalar. Estima-se que 65-70% de todas as operações nos Estados Unidos são realizadas a nível ambulatorial (LEE, 2017).

Com foco no conforto e bem-estar do paciente, ao longo do tempo ocorreu a evolução dos procedimentos cirúrgicos, sendo a CA revolucionária no que tange à oferta de cuidados cirúrgicos, tornando os modelos de cuidados perioperatórios centrados no paciente (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Contribuições tecnológicas importantes ocorreram para atender os procedimentos ambulatoriais, a exemplo das técnicas minimamente invasivas, a criação de novos agentes anestésicos com ação mais curta e menos efeitos colaterais, e critérios para alta do paciente, tornando a CA o regime cirúrgico do futuro (BRAHIN *et al.*, 2020). Com isso, essa modalidade cirúrgica cresceu não só em números de procedimentos, mas também na complexidade dos procedimentos realizados, bem como em número de pacientes com comorbidades que passaram a se enquadrar nesse modelo (PINTO; SARNADAS, 2020; PYNE *et al.*, 2021).

Devido à alta demanda de pacientes que necessitam de procedimentos cirúrgicos, a CA tem representado uma solução rápida e adequada, contribuindo para redução das filas de espera, cancelamentos por falta de leito hospitalar, redução de infecções adquiridas em hospitais, além de ser altamente segura e econômica (MALIZU; LASEBIKAN; OMOKE, 2021).

A literatura aponta que mais de 310 milhões de cirurgias são realizadas em todo o mundo a cada ano. No entanto, a cirurgia ambulatorial tem despertado interesse e seu número aumentou nos últimos anos, especialmente na maioria dos países de alta renda, superando a cirurgia hospitalar. A taxa desses procedimentos aumentou de 34% para 61% nos Estados

Unidos entre 1985 e 1994, e de 15% para 70% nos Reino Unido de 1989 a 2003, países pioneiros no desenvolvimento da CA.

Em outros países, como a França, a taxa de crescimento da cirurgia ambulatorial tem sido mais lenta, com mais da metade (50,4%) dos procedimentos cirúrgicos realizados dessa forma desde 2013 (STEPHANIE *et al.*, 2021). Nos Estados Unidos, somente em 2016 foram realizados aproximadamente 35 milhões de procedimentos ambulatoriais (BRAHIN *et al.*, 2020).

Em junho de 2020, momento em que se vivenciou a pandemia da COVID-19, foi fundada no Brasil uma associação sem fins lucrativos chamada Sociedade Brasileira de Cirurgia Ambulatorial (SOBRACAM), apoiada e incentivada por importantes entidades internacionais de cirurgia ambulatorial, como a Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatorial (APCA) e a IAAS. Sendo composta por médicos cirurgiões e anesthesiologistas, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e gestores, atuantes nos setores público e privado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA AMBULATORIAL, c2020).

No Brasil, em 2018 e 2019, realizou-se mais de 40 milhões de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. Já nos anos de 2020 e 2021, períodos extremamente afetados pela pandemia da COVID-19, observa-se uma queda considerável no número de cirurgias realizadas, tendo impacto direto nas cirurgias eletivas ambulatoriais, com decréscimo para pouco mais de 17 milhões em 2021. Ainda assim, o número de cirurgias ambulatoriais realizadas supera as hospitalares com internação (BRASIL, 2022b), como demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Procedimentos cirúrgicos realizados no Brasil por ano pelo SUS

Ano	Procedimentos cirúrgicos	Ambulatorial		Hospitalar	
		N	%	n	%
2018	50.640.780	45.816.725	90,47%	4.824.055	9,53%
2019	48.604.539	43.607.576	89,72%	4.996.963	10,28%
2020	27.984.664	23.925.772	85,50%	4.058.892	14,50%
2021	21.627.02	17.365.81	80,29%	4.261.210	19,70%

Fonte: BRASIL, 2022b.

Em se tratando da organização estrutural, o CCA tem as mesmas implicações no que se refere à qualidade e segurança das unidades de internação, sendo considerada uma parte importante da cirurgia eletiva em todo o mundo e tem representado um avanço, pois tem reduzido a ocupação de leitos hospitalares, permitindo que eles sejam reservados para pacientes que necessitam de internação (REECE *et al.*, 2020).

De acordo com Brahin *et al.* (2020), são diversos os tipos de centros cirúrgicos que realizam cirurgias ambulatoriais. A unidade integrada é aquela na qual há compartilhamento do mesmo espaço pelos pacientes ambulatoriais e internados. Na unidade separada, os pacientes ambulatoriais e internados usam áreas cirúrgicas diferentes, porém estão dentro do mesmo hospital. A unidade satélite fica distante da sede do hospital, sendo aquela que depende administrativamente, mas não arquiteturalmente do hospital. A unidade independente ou autônoma: é independente do ponto de vista arquitetônico e administrativo; representa de forma excelente o conceito de “hospital-dia”.

Os procedimentos realizados em CCA abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte e compreendem os diversos tipos de anestesia: local, regional, sedação ou geral, e requerem cuidados pós-operatórios pouco intensivos e de curta duração, o que gera menor alteração em sua rotina e de sua família, redução do risco de infecção hospitalar e baixo custo. Apresenta vantagens tanto para o paciente quanto para a instituição, todavia, depende de atualizações da equipe de enfermagem, bem como condições adequadas dos serviços de saúde para sua realização para assegurar a promoção da segurança e bem-estar aos pacientes (CRUZ RODRÍGUEZ, 2020).

A cirurgia ambulatorial é um conceito que deve ser considerado reiteradamente na prática de todas as especialidades cirúrgicas. Posto que nem todos os procedimentos possam ser realizados nessa modalidade, há evidências clínicas de que a cirurgia ambulatorial é segura e eficaz em casos de pacientes cuidadosamente selecionados (SERBAN *et al.*, 2021).

Embora a cirurgia eletiva ambulatorial não precise ser realizada imediatamente como a cirurgia de emergência, ainda assim é um procedimento necessário para continuar e melhorar a qualidade de vida dos pacientes que dependem desse tipo de procedimento (CRUZ; HERNÁNDEZ; SEPÚLVEDA, 2020).

Quanto aos benefícios da CA, pode-se citar também que ela causa menor mudança na vida dos pacientes, permite uma melhor garantia da segurança destes, tem um período de recuperação menor, é considerada mais confortável, abarca menores custos e apresenta menor incidência de complicações (AMARAL *et al.*, 2020).

Dentre os desafios enfrentados pelas equipes de CA, para que haja uma prática em saúde segura, está a adequada seleção dos pacientes. Algumas condições são de extrema importância para o sucesso da cirurgia e sua recuperação, como a avaliação das comorbidades e a condução do plano anestésico-cirúrgico, dentro dos padrões exigidos no ambiente ambulatorial, bem como a verificação de alergias e sensibilidades, o uso de álcool, os medicamentos e o histórico médico do paciente (RIGGS; BASS; SEGAL, 2018; SMITH *et al.*, 2018).

Assim, Serban *et al.*(2021) consideram aptos para a cirurgia ambulatorial procedimentos que não necessitam de cuidados pós-operatórios especiais; não apresentem riscos de complicações intra ou pós-operatórias, com perda sanguínea mínima; duração < 1 hora ou com trauma tecidual mínimo; e aqueles realizados por abordagem minimamente invasiva.

Os pacientes ambulatoriais normalmente são os de rotina que entram e saem do hospital no mesmo dia, enquanto os internados que precisam de cirurgias mais complexas precisam permanecer durante a noite (WANG *et al.*, 2021). Contudo, no Brasil, segundo o Conselho Federal de Medicina (2008), o tempo de permanência na unidade de cirurgia ambulatorial não deve ser superior a 24 horas, podendo eventualmente ocorrer o pernoite do paciente.

Tradicionalmente, quase toda a cirurgia ambulatorial é rotulada como sendo de baixo risco. No entanto, a migração de cirurgias cada vez mais complexas e invasivas para o ambulatório pode forçar uma mudança nesse pensamento (WALSH, 2018).

Em face do cenário mundial do aumento do número de cirurgias ambulatoriais, deve-se considerar a ocorrência cada vez maior de agendamento cirúrgico com uma população de pacientes mais complexa e com diversas comorbidades. No entanto, para garantir a segurança dessa demanda crescente, o estabelecimento de critérios para seleção dos pacientes pelas unidades de cirurgia ambulatorial, associados aos avanços nos cuidados anestésicos e perioperatórios nas últimas três décadas, tem sido uma ferramenta útil (PYNE *et al.*, 2021).

Ainda segundo o Conselho Federal de Medicina (2008), a seleção adequada dos pacientes elegíveis à cirurgia ambulatorial são aqueles que de acordo com o estado físico sejam classificados na categoria ASA I (sem transtornos orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psicológicos, com doença que necessita de intervenção localizada e não gera transtornos sistêmicos) e ASA II (pequenos ou moderados transtornos gerais), conforme recomendado pela *American Society of Anesthesiologists*.

A realização da cirurgia ambulatorial era limitada historicamente aos pacientes saudáveis ASA I e II, contudo, a partir 1990, foram demonstradas evidências científicas quanto à segurança da cirurgia ambulatorial para pacientes ASA III. O Escore do estado físico ASA foi adotado em 1962 e é usado para prever o risco perioperatório. Ele se correlaciona com o índice de comorbidade de Charlson e o índice de risco cardíaco; está associado às complicações e à mortalidade (WALSH, 2018; AMERICAN SOCIETY ANESTHESIOLOGISTS, 2020).

Quadro 1 – Definição das classificações de ASA segundo a *American Society of Anesthesiologists*

<b>Classificação de ASA</b>	<b>Definição</b>
ASA I	Um paciente normal e saudável.
ASA II	Paciente com doença sistêmica leve.
ASA III	Paciente com doença sistêmica grave.
ASA IV	Paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida.
ASA V	Paciente moribundo que não deve sobreviver sem a operação.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação.

Fonte: Adaptado de *American Society of Anesthesiologists* (2022).

Entretanto, pacientes de alto risco (ASA III e IV) também podem ser candidatos para cirurgia ambulatorial, porém recomenda-se que o CCA esteja bem equipado, com os processos para orientar seus cuidados claramente delineados, visto que o risco de complicações e internações hospitalares são consideráveis (WALSH, 2018; PYNE *et al.*, 2021).

Gallego-Delgado *et al.*(2019) analisaram a atividade, a qualidade do atendimento e o custo-efetividade de um hospital-dia de cardiologia, demonstrando que mais de dois terços dos procedimentos invasivos foram realizados em regime ambulatorial, com redução significativa das internações e mantendo a qualidade do atendimento aos pacientes.

Sendo assim, ressalta-se que, ao selecionar a elegibilidade dos pacientes candidatos à realização de uma cirurgia ambulatorial, devem ser considerados três critérios principais:

sociais, médicos e cirúrgicos. Os critérios sociais, que incluem a necessidade de adulto responsável para acompanhar o paciente até seu domicílio e prestar cuidados pós-operatórios no ambiente domiciliar. Os critérios médicos, que incluem a aptidão dos pacientes para o procedimento ambulatorial e presença de doença crônica. Quanto aos critérios cirúrgicos, é imprescindível que a intervenção tenha risco mínimo de complicações pós-operatórias graves ou precisem de atendimento de urgência (STANAK; STROHMAIER, 2020).

## 1.2 A Enfermagem Perioperatória no contexto ambulatorial

No passado, para apresentar os cuidados aos pacientes nas fases pré-operatória imediata, intraoperatória e pós-operatória, utilizava-se o termo “enfermagem de sala de operações”, que dava a ideia de restrição às ações desenvolvidas apenas dentro do CC. No contexto da CA, a enfermeira costumava assumir o papel de enfermeira pré-operatória e de circulante. Com o passar dos anos, houve mudanças nas atribuições da enfermeira perioperatória, porém permaneceu a essência da defesa do paciente (ROTHROCK, 2007).

A partir da necessidade de um assistente cirúrgico, quando as cirurgias ainda eram realizadas de forma rudimentar, tem-se então o início da história da enfermagem perioperatória. No século XIX, houve o reconhecimento da importância da enfermagem no preparo pré e pós-operatório do paciente, bem como o preparo do ambiente, a provisão de materiais e assistir aos procedimentos cirúrgicos-anestésicos (CAREGNATO *et al.*, 2022).

Atualmente, a visão de enfermagem perioperatória significa aplicação de cuidados ao paciente em sua experiência nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório (CAREGNATO *et al.*, 2022). A mudança ocorrida no perfil das cirurgias ambulatoriais deu as enfermeiras uma oportunidade de mudar sua prática tradicional (ROTHROCK, 2007).

A enfermagem perioperatória evoluiu em paralelo com o aprimoramento dos procedimentos cirúrgicos, tornando-se uma especialidade relevante dentro da enfermagem (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2021)

Com isso, as funções do enfermeiro, tanto o coordenador quanto o assistencial, têm importante tarefa dentro do cenário perioperatório, compreendendo diversas funções, como o planejamento, responsabilidade sobre a previsão e provisão de recursos humanos e materiais,

equipamentos necessários à demanda do CC, bem como o estabelecimento de rotinas de trabalho que promovam o adequado funcionamento da unidade que culminem em redução de possíveis causas de cancelamento cirúrgico (ALPENDRE *et al.*, 2017).

A intervenção cirúrgica em algumas circunstâncias é a única resolução para o paciente. Para que haja manejo sobre todos os aspectos que envolvem o período perioperatório, é necessário que toda equipe esteja capacitada para atuar na organização da unidade de cirurgia. Diante das especificidades impostas pelo período perioperatório, a atuação dos enfermeiros é fundamental para o gerenciamento tanto dos processos como de pessoal e insumos, garantindo assim a segurança do paciente no CC (SAMPAIO; GONÇALVES; JÚNIOR, 2016).

Com isso, é importante que os enfermeiros do centro cirúrgico reconheçam os fatores envolvidos em seu fluxo de trabalho e seu impacto, pois a sua prática neste cenário envolve fatores técnicos, científicos, sociais, financeiros e políticos que interferem na tomada de decisão em relação ao gerenciamento e planejamento da assistência perioperatória (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Assim, trabalho do enfermeiro no centro cirúrgico é imprescindível nos processos decisórios com vistas melhorar o cuidado, ofertando uma assistência segura e de qualidade ao paciente (ARAÚJO *et al.*, 2020).

A enfermagem é essencial no período pré-operatório, visto que, por meio da comunicação com pacientes e familiares, realiza educação em saúde sobre o processo anestésico-cirúrgico, estabelecendo uma relação terapêutica reduzindo a ansiedade. A ausência de informações agrava a condição emocional do paciente podendo impactar negativamente em seu quadro clínico (LUNA *et al.*, 2022).

A participação do enfermeiro perioperatório no contexto da CA é abrangente. Com isso, participa do agendamento da cirurgia, identificando necessidades e realizando orientações de enfermagem aos pacientes, além de participar de todo o período de permanência do paciente na unidade e realizar orientações de enfermagem pós-operatórias, com vistas ao autocuidado (SAMPAIO; GONÇALVES; JÚNIOR, 2016).

O telemonitoramento de enfermagem, que é o monitoramento à distância de parâmetros de saúde e/ou doença de pacientes, tem sido amplamente realizado, principalmente durante o período de pandemia da COVID-19. Esse modelo assistencial tem permitido educar e preparar os pacientes cirúrgicos (CAETANO *et al.*, 2020).

Estudo apontou diminuição da taxa de cancelamento de 16,8% para 8,8%, no qual enfermeiros implementaram um registro de chamadas pré-operatórias. Eles realizavam

ligações para os pacientes ou seus responsáveis em duas ocasiões diferentes durante as duas semanas antes da cirurgia, revisavam-se o histórico de saúde, além de oferecerem orientações pré-operatórias e esclarecimentos ao paciente (LEE *et al.*, 2017).

A avaliação de enfermagem pré-operatória completa e documentada, utilizando a Sistematização da Assistência Perioperatória (SAEP) e protocolos bem definidos, se faz necessária, pois contribui para redução da taxa de cancelamento, bem como para melhoria da qualidade da assistência à saúde dos pacientes, visto que o paciente que passará por uma intervenção cirúrgica necessita de acompanhamento pré-operatório minucioso (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2021).

Amaral *et al.* (2020) apontam a necessidade de intensificar a discussão sobre o cancelamento, pois este pode ser minimizado quando estratégias de melhoria da qualidade são adotadas pelas instituições. Para o enfermeiro traçar as estratégias gerenciais que contribuam para melhoria na qualidade da assistência, é preciso analisar os resultados da assistência, realizando um processo de identificação das razões que interferem no trabalho da equipe envolvida na assistência.

Dentro dessa perspectiva, é preciso que os enfermeiros explorem os motivos do cancelamento dos procedimentos cirúrgicos, especialmente nas especialidades com o maior índice deste evento e apresentá-los à diretoria a fim de reduzir tais taxas (AMARAL *et al.*, 2020).

A maioria dos pacientes é afetada negativamente pela experiência do cancelamento, podendo reagir com sintomas físicos e psicossomáticos se o período de espera para o reagendamento da cirurgia for prolongado. Com isso, torna-se relevante os enfermeiros traçarem estratégias de como podem identificar os pacientes mais vulneráveis entre aqueles cujas cirurgias são canceladas, ter tempo para apoiá-los e adaptar a intervenção de enfermagem para evitar os efeitos negativos causados pelo cancelamento (VIFTRUP *et al.*, 2021).

Diante disso, pode ser valioso que os profissionais de saúde conheçam a gravidade dos danos relacionados aos diferentes motivos de cancelamento, para que possam priorizar a assistência de enfermagem aos pacientes mais vulneráveis. Sendo assim, o enfermeiro tem papel fundamental nos processos decisórios na área assistencial e gerencial, tendo o cuidado com o paciente como foco principal de sua atuação. (ALPENDRE *et al.*, 2017; VIFTRUP *et al.*, 2021).

### 1.3 Cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade e segurança do paciente

Apontado como um dos setores mais importantes e complexos das organizações de saúde, o CC utiliza parte considerável do orçamento das instituições, seja com recursos humanos, como equipes de cirurgia, anestesia e enfermagem, como também com recursos materiais, como insumos, equipamentos e instrumentais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2021). Assim, é fundamental a utilização adequada das salas de cirurgia para melhorar o sistema de saúde (HÄNNINEN-KHODA; KOLJONEN; YLÄ-KOTOLA, 2018).

O bom desempenho de um CC está relacionado à qualidade de seus processos. Para avaliação da qualidade, os cuidados de saúde devem ser considerados sob três aspectos: da estrutura, dos processos e dos resultados; podendo-se utilizar a mesma classificação em relação aos indicadores (AMARAL *et al.*, 2020). O cancelamento de cirurgias enquadra-se em um tipo de assistência à saúde insegura, que pode se tornar um evento adverso relacionado à gestão organizacional das instituições de saúde (DÍAZ-PÉREZ *et al.*, 2020).

Na avaliação da qualidade de um serviço de saúde, um dos instrumentos utilizados é o indicador. Os indicadores de qualidade são ferramentas muito úteis para identificar, mensurar e analisar a qualidade de atendimento à saúde dos pacientes em seus contextos, tornando possível sintetizá-lo por meios quantitativos. A implementação de medidas que visam da qualidade de serviço, sendo elaborada de acordo com a necessidade de investigação institucional, é fundamental para a prestação uma assistência adequada aos usuários (GAMA; BOHOMOL, 2020).

A taxa de cancelamentos cirúrgicos é considerada um importante indicador de processo no CC, sendo uma baixa taxa de cancelamento um indicador justo do uso eficiente de uma sala operatória (SO) e dos recursos financeiros. Portanto, o planejamento adequado dos processos no CC é demonstrado por baixas taxas de cancelamento cirúrgico, refletindo, assim, a eficiência e a qualidade do serviço (ABATE *et al.*, 2020; CRUZ; HERNÁNDEZ; SEPÚLVEDA, 2020).

Considerou-se neste estudo a taxa de cancelamentos cirúrgicos representada pela seguinte fórmula da equação (GONÇALVES *et al.*, 2020):

Taxa de cancelamento = Número de cirurgias canceladas/ Número de cirurgias programadas X 100.

A gestão da qualidade está relacionada à técnica de determinar e orientar o caminho a ser seguido para que os objetivos sejam alcançáveis. Donabedian, referência em melhoria da qualidade, desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade que se tornou padrão nos serviços de saúde, onde a qualidade da assistência pode ser construída a partir de três dimensões essenciais: estrutura, processo e resultado. Diante desse contexto, as instituições de saúde, visando a melhoria de seus resultados, têm adotado métodos para realizar avaliação de seus serviços, ao proporcionar a compreensão do processo de trabalho, com base nos indicadores de qualidade, preconizando sua utilização para segurança no centro cirúrgico (AMARAL *et al.*, 2020).

O cancelamento de uma intervenção cirúrgica é uma ocorrência importante, sendo descrito como um dos 23 indicadores de qualidade sensíveis à enfermagem para avaliar e monitorar a eficiência, segurança do paciente e gerenciamento de eventos de crise no cuidado perioperatório (WU *et al.*, 2017), importantes elementos para um bom gerenciamento de uma unidade de CC e tomada de decisão na gestão de assistência, sendo relacionados com o adequado preenchimento de formulários e impressos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2021).

Outro fator relevante do cancelamento de cirurgias programadas, como sendo um indicador negativo na qualidade do atendimento (DÍAZ-PÉREZ *et al.*, 2020), são as repercussões importantes ao usuário, representando eventos físicos e emocionais adversos e uma fonte de insatisfação, o que pode se estender a familiares e cuidadores, em alguns casos, bem como o ônus financeiro devido aos dias perdidos no trabalho, tempo e dinheiro gastos em viagens (SMITH *et al.*, 2018; CRUZ; HERNÁNDEZ; SEPÚLVEDA, 2020; SEGNINI; DOMÍNGUEZ-TORRES; VEGA-PEÑA, 2022).

Com relação à instituição de saúde, os cancelamentos interferem no processo de trabalho, o que pode gerar conflitos interpessoais, afetando negativamente com conflitos médico-legais a equipe cirúrgica, composta por cirurgiões, anestesistas e enfermagem (CRUZ; HERNÁNDEZ; SEPÚLVEDA, 2020; SEGNINI; DOMÍNGUEZ-TORRES; VEGA-PEÑA, 2022). Cabe ainda ressaltar o aumento dos custos e comprometimento da formação profissional, em cancelamentos cirúrgicos em instituições de ensino (ANTONIOU; BURKE; FERNANDES, 2019; ARAÚJO *et al.*, 2020).

Por serem muito caros, Miri Bonjar *et al.* (2019) recomendam que a taxa de cancelamento cirúrgico seja mantida abaixo de 5%, no entanto, segundo Díaz-Pérez *et al.* (2020) um serviço cirúrgico eficiente deve ter um baixo índice de suspensão das cirurgias,

mas não há consenso na literatura sobre quais devem ser os indicadores ideais de suspensão ou cancelamento cirúrgico.

Percebe-se que as taxas de cancelamento de cirurgias variam de acordo com o desenho de estudo, perfil dos pacientes e das unidades de saúde, sejam ambulatoriais ou hospitalares, entre as especialidades cirúrgicas, com inúmeras razões por trás desse fenômeno. Desta forma, monitorar o cancelamento cirúrgico com o uso de instrumentos estatísticos permite que ações sejam tomadas tão logo seja observado que se atingiu um valor fora do desejado (OGWAL *et al.*, 2020).

Um estudo em um CC de um hospital público terciário especializado em dermatologia localizado no interior do Estado de São Paulo apontou que o maior número de cirurgias realizadas no CC foi as no modelo ambulatorial, devido suas vantagens já mencionadas anteriormente. Sendo identificados os cinco indicadores de qualidade mais frequentes, a taxa de cancelamentos teve média de 17%. A partir dessa análise, gerou-se maior visibilidade aos processos gerenciais do trabalho reafirmando o que mostra a literatura que os indicadores servem para compreender situações e analisar mudanças que surgiram ao longo do tempo, tornando-os quantificáveis para melhorar os serviços (AMARAL *et al.*, 2020).

Diante das possíveis repercussões com impactos econômicos e emocionais, como estresse e ansiedade, sob a ótica da gestão em saúde e segurança do paciente, os cancelamentos podem ser considerados falhas, sendo comparáveis a incidentes adversos, comprometendo a segurança do paciente (TURUNEN *et al.*, 2018).

Com isso, os cancelamentos podem ser considerados eventos adversos devido seus efeitos na saúde do paciente (HERRERA-USAGRE *et al.*, 2019), como infarto do miocárdio, infecção da ferida e infecção do trato urinário em pacientes que sofreram cancelamento administrativo do que em um grupo correspondente de pacientes que não sofreram cancelamento (VIFTRUP *et al.*, 2021).

A segurança do paciente é definida pela Organização Mundial de Saúde OMS (2021) como “uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde que reduz riscos de forma consistente e sustentável, diminui a ocorrência de dano evitável, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando este ocorrer”.

Para Moraes *et al.* (2017), investigar o tema como um indicador de qualidade é essencial, pois permite que os profissionais analisem e avaliem os pontos relevantes do atendimento, bem como o cuidado prestado. Essa investigação se faz pertinente visto que as unidades do SUS recebem financiamento por procedimentos realizados. Assim sendo,

qualquer redução nas taxas de cancelamento de cirurgias tem o potencial para minimizar desperdícios e danos ao paciente.

Portanto, diante do cenário complexo e importante, com características tão específicas como na CA, e inúmeros processos relacionados à produção de cirurgias, mensurar os indicadores é um importante passo na responsabilidade de melhoria da qualidade (AMARAL *et al.*, 2020).

#### **1.4 As causas de cancelamento em cirurgia ambulatorial**

Estima-se que mais de 300 milhões de procedimentos cirúrgicos sejam realizados em todo o mundo a cada ano, destes, há ocorrência de 0,5% a 39% de cancelamentos em cirurgias planejadas em diferentes especialidades em países ocidentais (VIFTRUP *et al.*, 2021). No entanto, de acordo com Turunen *et al.*(2019), cerca de 50% a 65% dos cancelamentos ocorrem por causas potencialmente evitáveis.

Os diversos fatores que levam ao cancelamento cirúrgico são frequentemente vivenciadas em instituições públicas, devido às deficiências encontradas nos serviços de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2017).

Assim sendo, o cancelamento da cirurgia pode ocorrer em vários momentos desde a tomada de decisão pelo cirurgião e paciente em operar, sendo que, em sua maioria, ocorre antes das 24 horas da realização do procedimento, impactando diretamente na organização de recursos humanos e materiais das unidades (REZENDE; RISI, 2021).

Portanto, para melhorar a qualidade da assistência prestada, faz-se necessário compreender os fatores locais, pois as taxas de cancelamento de cirurgias variam entre os diferentes tipos de instituições, tamanhos de hospitais, tipos de cirurgias e fatores socioeconômicos e culturais (PINHEIRO *et al.*, 2017).

Diante disso, durante o processo cirúrgico, há variação entre diferentes fatores, sejam eles organizacionais, relativos aos pacientes ou relacionados à condição clínica, podem levar ao cancelamento da cirurgia e maioria das evidências científicas apontam que os cancelamentos cirúrgicos ocorrem por causas evitáveis (PINHEIRO *et al.*, 2017; TAN *et al.*, 2019; TURUNEN *et al.*, 2019; DÍAZ-PÉREZ *et al.*, 2020; ZHU *et al.*, 2020).

#### 1.4.1 Causas relacionadas ao paciente

As causas relacionadas ao paciente que culminam em cancelamento, apontadas na literatura, são diversas. A falta do paciente no dia do procedimento agendado é uma das mais comuns (GALLEGO-DELGADO *et al.*, 2019; BRAHIN *et al.*, 2020; MALIZU; LASEBIKAN; OMOKE, 2021; PINHEIRO *et al.*, 2023). As de violações de instruções pré-operatórias, a desistência em realizar o procedimento e a falta de acompanhante também são causas comuns (SMITH *et al.*, 2018).

Embora a literatura ainda se mostre escassa no que se refere aos dados associados a esses cancelamentos cirúrgicos ambulatoriais (TAN *et al.*, 2019), a maioria das causas de cancelamento é considerada evitável com variações de acordo com o tipo de cirurgia e o país (SOMMER; JACOBSON; EL-GABALAWY, 2021).

Um estudo recente em São Paulo em um Centro Cirúrgico (CC) público demonstrou que a taxa de cancelamento foi de 17,6%, sendo as causas mais frequentes a falta do paciente, representando 27,6% dos cancelamentos (AMARAL *et al.*, 2020). Já na Espanha, um estudo apontou que a desistência dos pacientes chega a 16,22% (LLANOS *et al.*, 2020). As dificuldades financeiras dos pacientes também devem ser levadas em conta quando nos reportamos a falta do paciente à cirurgia (HERRERA-USAGRE *et al.*, 2019).

Lee *et al.* (2017), em estudo sobre redução de cancelamentos em CA pediátrica, apontam alguns dos principais motivos evitáveis para o cancelamento do procedimento cirúrgico: falta do paciente e violações de instruções pré-operatórias, falta de documentos necessários para a realização do procedimento e questões de transporte do paciente.

Analisando as diversas causas de cancelamento cirúrgico apontadas em estudos anteriores, observa-se que o absenteísmo do paciente pode ter ocorrido devido ao paciente estar doente ou uma mudança na escolha do paciente (ANTONIOU; BURKE; FERNANDES, 2019). Na Nigéria, o principal motivo do cancelamento foi o não comparecimento do paciente, sendo relacionada à dificuldade financeira (MALIZU; LASEBIKAN; OMOKE, 2021).

Em contrapartida, estudo espanhol afirma que cerca de 25% dos cancelamentos cirúrgicos nas grandes cirurgias ambulatoriais tem suas causas decorrentes da má adesão das recomendações pré-operatórias sendo, portanto, evitáveis (HERRERA-USAGRE *et al.*, 2019).

Logo, a eficiência na realização da cirurgia ambulatorial exige participação e responsabilidade do paciente em seu processo de cuidado. Neste contexto específico, os

pacientes ambulatoriais devem ser parceiros dos profissionais de saúde por meio da tomada de decisão compartilhada, para não ocorrer falhas devido ao não cumprimento das instruções pré-operatórias. A falta de envolvimento pode prejudicar a segurança, o desempenho da cirurgia ou até mesmo levar a remarcações ou cancelamentos no dia da cirurgia (STEPHANIE *et al.*, 2021).

#### 1.4.2 Cancelamentos relacionados aos fatores institucionais

A investigação das causas institucionais que levam ao cancelamento cirúrgico pode trazer benefícios à instituição, em especial, quando os fatores relacionados são mutáveis (JÚNIOR *et al.*, 2019).

Dentre as diversas causas de cancelamentos relacionados aos fatores institucionais mencionadas na literatura estão a falta de equipamento (SMITH *et al.*, 2018; MALIZU; LASEBIKAN; OMOKE, 2021), falta de tempo de sala, falta de tempo do cirurgião, falta de energia e indisponibilidade de resultado de laboratório (MALIZU; LASEBIKAN; OMOKE, 2021).

As alterações no diagnóstico cirúrgico do paciente e a mudança no plano cirúrgico também são apontadas como uma causa institucional que incorre em cancelamentos, pois são atribuídas diretamente à avaliação clínica de todos os membros da equipe cirúrgica (OGWAL *et al.*, 2020).

A falha de comunicação em relação à data e hora da cirurgia também corrobora como um fator preditor de cancelamentos cirúrgicos nas instituições de saúde (LEE *et al.*, 2017).

Os erros ocorridos durante o agendamento das cirurgias interfere na programação das equipes, demonstrando que estratégias devem ser tomadas, por meio do controle do tempo despendido para cirurgias, sobretudo em instituições de ensino, a fim de evitar cancelamentos cirúrgicos (PINHEIRO *et al.*, 2017; MALIZU; LASEBIKAN; OMOKE, 2021).

A falha na gestão de recursos, como insuficiência de instrumentos ou equipamentos, falta de roupas estéreis e falta de pessoal afetam a qualidade do serviço e também são fatores que possivelmente interferem no cancelamento de procedimentos cirúrgicos, comprometendo o bem-estar dos pacientes, gerando impacto psicológico e angústia não somente para eles, como também em seus cuidadores. Isso vai de encontro à redução dos riscos de danos

desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, conforme proposto pela OMS, o que requer atenção da equipe de saúde e gestores (DÍAZ-PÉREZ *et al.*, 2020).

Com isso, atrasos e adiamentos devido aos instrumentais cirúrgicos indisponíveis são causas comuns de cancelamento. Estudo reduziu os cancelamentos em cirurgia ortopédica ambulatorial por meio de notificações de potencial escassez, no qual foram identificados diferentes aspectos que influenciavam para que a escassez de materiais, como por exemplo: o uso de terminologia diferente entre as unidades do CC e o Centro de Material e Esterilização (CME) para designar os vários elementos da instrumentação (HUYNH *et al.*, 2019).

Em síntese, as publicações científicas a respeito do tema recomendam às instituições que seja realizada reformulação no planejamento da programação cirúrgica, dos recursos humanos, da gestão de materiais e insumos e preparo cirúrgico pré-operatório. Logo, é importante conhecer o método utilizado para o agendamento para que seja possível encontrar falhas provenientes de tal procedimento. Faz-se necessário engajamento institucional para uma profunda reflexão quanto aos fatores que influenciam o cancelamento para tentar minimizá-los (DÍAZ-PÉREZ *et al.*, 2020).

#### 1.4.3 Cancelamentos relacionados às causas clínicas

A importância da seleção de pacientes se estende ao gerenciamento de pacientes como um todo. Geralmente, uma avaliação pré-operatória completa, bem como informações detalhadas prévias à obtenção do consentimento informado são de extrema importância para aumentar a segurança e minimizar o risco de eventos adversos em cirurgia ambulatorial (SERBAN *et al.*, 2021).

Alguns autores atribuem ao paciente algumas causas de cancelamento relacionadas às condições de saúde, como resfriados, hipertensão ou alterações súbitas no quadro clínico (CHO *et al.*, 2019; YU; HE; LUO, 2020).

Contudo, embora haja divergência entre autores quanto à categorização das causas de cancelamento, neste estudo, considerou-se como causas clínicas quaisquer condições de saúde que desfavoreçam a realização da cirurgia ambulatorial com segurança, culminando em cancelamentos cirúrgicos, como a via aérea difícil, infecção, distúrbios metabólicos ou hematológicos, doença cardíaca exame pré-operatório adicional necessário, debilidade significativa, cirurgia não necessária, não obtenção de acesso intravenoso, febre, hipertensão

arterial, doença respiratória, não identificação da anatomia do paciente (SMITH *et al.*, 2018), internação hospitalar por outra causa (GALLEGO-DELGADO *et al.*, 2019) ou piora do estado de saúde do paciente (SOLAK *et al.*, 2019).

Estudo espanhol apontou a obesidade tipo II como uma causa clínica de extrema importância não somente para o cancelamento de CA (4,87%), mas também como um fator de risco para complicações pós-operatórias (7,69%) e internações hospitalares (7,69%) (GARCIA *et al.*, 2015).

Estudo que avaliou as causas de cancelamento em cirurgia plástica, observou que a maioria dos cancelamentos ocorreram devido a problemas relacionados às condições clínicas do paciente como a infecção aguda ou alguma mudança de condição médica não observada antes do dia da cirurgia. A maioria desses cancelamentos foram considerados evitáveis, enfatizando a importância da comunicação e do planejamento multiprofissional para o sucesso da cirurgia (HÄNNINEN-KHODA; KOLJONEN; YLÄ-KOTOLA, 2018).

Não obstante, as instituições de saúde também foram afetadas pelo cancelamento de cirurgias eletivas devido à pandemia da COVID-19, impactando fortemente processo de trabalho das equipes de saúde (SOREIDE *et al.*, 2020; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2021; REZENDE; RISI, 2021).

A pandemia da COVID-19 trouxe efeitos sobre a saúde da população mundial, não somente pela própria doença, mas também sobre o impacto no cancelamento de cirurgias eletivas quase no mundo todo, gerando implicações para pacientes que precisam de realizar cirurgias (SOREIDE *et al.*, 2020).

Para tratar pacientes acometidos pela COVID-19, a maior parte dos hospitais e serviços de saúde restringiu o atendimento cirúrgico apenas aos procedimentos emergenciais. Entretanto, durante a pandemia, as pessoas continuavam sofrendo de doenças não relacionadas à COVID-19 (SILVA, L. *et al.*, 2020).

Na Itália, uma unidade de CA dermatológica reavaliou completamente a rotina cirúrgica e restabeleceu os critérios de elegibilidade para as cirurgias mantendo-se apenas as cirurgias realizadas em tumores agressivos e doenças dermatológicas de rápida evolução, ou seja, apenas procedimentos que salvam vidas para preservar a segurança dos profissionais de saúde e dos pacientes (GIRONI *et al.*, 2022).

No Brasil, alguns serviços de saúde foram legitimamente autorizados a retomar cirurgias eletivas, após a flexibilização epidemiológica local (SILVA, L., *et al.*, 2020). Gestores e profissionais se esforçaram para prestar o suporte necessário aos pacientes

acometidos pela COVID-19, ao mesmo tempo em que se desdobravam para atender às suas demandas (REZENDE; RISI, 2021).

Gironi *et al.* (2020) em estudo recente relataram a experiência, onde objetivou-se avaliar o impacto do novo coronavírus SARS-COV-2 no manejo da cirurgia dermatológica ambulatorial em unidade de cirurgia de pele na Itália. As causas de cancelamentos cirúrgicos apontadas são: devido a caso suspeito ou confirmado de COVID-19 e à renúncia pessoal do paciente por medo de entrar em contato com o novo coronavírus SARS-COV-2.

## **2 CANCELAMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Para melhor entendimento sobre as causas que culminam em cancelamento cirúrgico ambulatorial, realizou-se levantamento das publicações e avaliação de estudos que contemplassem e apontassem de forma clara as causas de cancelamento cirúrgico ambulatorial.

Consta no Anexo A o artigo científico produzido pela autora do presente estudo como revisão de literatura para elaboração desta pesquisa. Esta produção é pré-requisito para defesa de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ (PPGENF/UERJ).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de estudo

Estudo transversal, documental, descritivo e analítico. Para conduzir o estudo e garantir maior confiabilidade, foram seguidos os 22 itens existentes no *checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE®)*. O STROBE® foi desenvolvido para auxiliar na construção da redação de estudos epidemiológicos transversais, no qual desenvolveu-se uma lista de verificação com o objetivo de reduzir a ausência de informações importantes nesses estudos (VON ELM *et al.*, 2008).

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no curso de mestrado, na linha de pesquisa1: “Fundamentos filosóficos, teóricos e tecnológicos do cuidar em saúde e enfermagem”. Integra o Grupo de Pesquisa “Tecnologias em Saúde e Enfermagem no Contexto da Segurança do Paciente em Ambiente Hospitalar” (TESPAH)-CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico)/UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro) e o grupo de pesquisa Concepções Teóricas do Cuidar em Saúde e Enfermagem – CNPq/UERJ.

#### 3.2 Cenário do estudo

O local de coleta de dados foi uma unidade de CA em uma policlínica universitária integrante do SUS, situado no município do Rio de Janeiro. Possui diversos ambulatórios especializados, como cardiologia, alergia e imunologia, diabetes e metabologia, estomaterapia, disfunção miccional, fisioterapia, gastroenterologia, neurologia, odontologia, pneumologia e fisiologia, reumatologia, saúde mental, urologia, além dos ambulatórios de cirurgia plástica, geral e vascular.

A referida policlínica conta também com uma unidade de CA que possui 6 salas de cirurgia, com horário de funcionamento de segunda a sexta das 7h às 17 h, com média de 170

procedimentos cirúrgicos por mês. Com uma equipe de 06 enfermeiros, 21 técnicos de enfermagem, 01 técnico em farmácia, 02 técnicos administrativos e 2 profissionais da equipe de higienização, 11 anestesistas e 31 cirurgiões. A unidade oferece atendimento cirúrgico à população com as seguintes especialidades: cirurgia geral, plástica, vascular, periorbital, proctologia, urologia e, mais recentemente, dermatologia e ortopedia.

A confecção do mapa cirúrgico é realizada pelo profissional administrativo da unidade, com os dados repassados pelos médicos residentes das especialidades cirúrgicas, por e-mail ou mensagem por aplicativo até às 11h da manhã do dia anterior ao procedimento.

Na unidade de cirurgia ambulatorial em questão, os dados referentes ao cancelamento cirúrgico são lançados em planilha eletrônica (*Microsoft Excel*®) pelo profissional administrativo, após registro da causa de cancelamento no prontuário eletrônico pela equipe médica ou de enfermagem. A partir desse registro, é calculada a taxa de cancelamento mensal e por especialidade.

### 3.3 Participantes

Em consonância com os objetivos propostos, os participantes do estudo foram os registros de cirurgias agendadas, realizadas e canceladas, no intervalo de tempo entre agosto de 2021 e julho de 2022, por critérios de conveniência. Este estudo não recorreu a cálculo amostral, por entender que o objeto de análise foi o registro dos cancelamentos de cirurgia no período de 12 meses.

O recorte temporal se deu pelo fato de a partir do mês de agosto de 2021 ter sido adotado na instituição um instrumento sistematizado para registro das informações relacionadas aos cancelamentos cirúrgicos em planilha eletrônica (*Microsoft Excel*®) e retorno das atividades cirúrgicas após o período de cancelamento de cirurgias eletivas impostas pela pandemia da COVID-19.

Os critérios de inclusão foram os registros das cirurgias agendadas e canceladas de pacientes de todas as idades e de ambos os sexos. Os critérios de exclusão foram os registros das cirurgias agendadas e canceladas das especialidades: dermatologia e ortopedia por iniciarem suas atividades em julho de 2022; e do centro de tratamento de anomalias craniofaciais (CTAC), um serviço cirúrgico oferecido com múltiplas especialidades cirúrgicas (cirurgia plástica reparadora, craniomaxilofacial, bucomaxilofacial e odontologia), por não

terem disponibilidade de sala mensal estabelecida, realizando procedimentos em intervalos irregulares devido à complexidade de seus pacientes.

### 3.4 Instrumento de coleta de dados e variáveis

O instrumento de coleta de dados foi construído pela autora a partir da revisão de literatura, contendo as variáveis: data do cancelamento, dados da cirurgia, dados sociodemográficos e clínico, as causas, o momento, o período perioperatório do cancelamento cirúrgico e as ações/procedimentos realizados até o cancelamento da cirurgia (APÊNDICE B).

As variáveis categóricas inerentes ao perfil sociodemográficos e clínico dos pacientes são: sexo, escolaridade, estado civil, a classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA), comorbidade e a variável numérica idade.

As variáveis perioperatórias foram: a especialidade cirúrgica, a causa do cancelamento, o momento, o período perioperatório e as ações/procedimentos realizados até o cancelamento.

A análise dos fatores para cada categoria pode permitir a descoberta da causa raiz ou subcausa dos cancelamentos cirúrgicos. Diante disso, por não haver consenso na literatura quanto às categorias dos cancelamentos, nesse estudo elas foram categorizadas em causas do paciente, clínicas e institucionais de acordo com os achados em evidências científicas (SMITH *et al.*, 2018; ASKARI *et al.*, 2020; SALEHNEJAD; ALI; PROUDLOVE, 2020).

As causas do “paciente” foram relacionadas a fatores provocados por ele como: a falta do paciente no dia do procedimento agendado; a inconformidade no preparo pré-operatório, que se refere ao não cumprimento de orientações pré-operatórias como à falta de jejum, o uso de adornos, a falta de acompanhante, o uso de anticoagulante, atraso ao chegar na unidade e esquecimento de levar exames pré-operatórios; paciente com doses incompletas ou sem vacina contra COVID-19; desistência do paciente e ausência do teste RT-PCR para COVID-19.

As causas “clínicas” se referem à quaisquer condições clínicas desfavoráveis à realização do procedimento cirúrgico ambulatorial com segurança, como cardiopatias, sintoma gripal, teste de RT-PCR para COVID-19 positivo ou inconclusivo e descompensação de comorbidade.

As causas “institucionais” foram relacionadas aos aspectos organizacionais que culminaram no cancelamento, tais como: falta de profissional, falta de equipamentos, insumos ou leito em hospital universitário de apoio, erro no agendamento e falta de exame pré-operatório.

Neste estudo, referente ao momento do cancelamento, definiu-se se ele ocorreu no mesmo dia da cirurgia agendada ou no dia anterior. Quanto ao período perioperatório, caracterizou-se o cancelamento cirúrgico ocorrido durante a admissão do paciente na unidade quando o paciente estava na sala pré-anestésica ou na SO.

No que diz respeito às ações/procedimentos realizados até cancelamento da cirurgia, verificou-se a aferição dos sinais vitais, realização da troca de roupa pelo paciente, abertura de material descartável, abertura caixa instrumental, aspiração de medicação anestésica, realização da anestesia e punção venosa periférica.

### **3.5 Coleta de dados**

Inicialmente, solicitou-se autorização ao diretor da unidade (ANEXO B) e ao chefe de enfermagem da unidade de CA (ANEXO C) para ter acesso aos registros internos de cancelamentos.

A coleta de dados iniciou com a extração das informações do banco de dados recebido da instituição em agosto de 2022, contendo as variáveis: data do cancelamento, dados da cirurgia, dados sociodemográficos e clínicos, as causas, o momento, o período perioperatório do cancelamento cirúrgico e as ações/procedimentos realizados até o cancelamento das cirurgias canceladas e organização dos dados em um instrumento de coleta de dados estruturado.

### **3.6 Organização e análise dos dados**

Os dados foram obtidos a partir de análise documental de registro interno da instituição. Para a organização dos dados coletados, eles foram inseridos manualmente pela

pesquisadora principal em uma planilha eletrônica (*Microsoft Excel*®) e depois analisados no pacote estatístico R, versão 4.2.1.

Variáveis categóricas (sexo, escolaridade, estado civil, ASA, comorbidade, especialidade cirúrgica, causa do cancelamento, o momento, o período perioperatório e ações/procedimentos realizados até cancelamento da cirurgia) foram descritas como frequências absoluta e relativa, enquanto a variável numérica (idade) como média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo.

Diante das inúmeras causas de cancelamento cirúrgico ambulatorial encontradas, baseado na literatura, as causas foram refinadas e, em consenso, agrupadas em dez motivos: falta do paciente, inconformidade no preparo pré-operatório, paciente com doses incompletas/sem vacina contra COVID-19, desistência do paciente, ausência do teste de RT-PCR para COVID-19, condições clínicas desfavoráveis, falta de profissional, erro no agendamento, falta de exame pré-operatório e falta de equipamentos/insumos/leito.

As taxas de cancelamento geral, por mês e especialidade cirúrgica se valeram da relação percentual entre cirurgias agendadas e canceladas.

A taxa de cancelamento de cirurgias acompanha o número de cirurgias canceladas. Para fins de cálculo, “a taxa de cancelamento cirúrgico é definida pelo número de procedimentos cancelados, dividido pelo total de cirurgias programadas em um período de tempo, multiplicado por cem” (GONÇALVES *et al.*, 2020, p. 69).

Realizou-se comparação entre os registros de mês, sexo, especialidade e faixa etária das cirurgias realizadas e canceladas. Para categorização da faixa etária, levou-se em consideração a classificação utilizada o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), bem como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2021a).

Para variável faixa etária, utilizou-se o teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*, enquanto as variáveis categóricas sexo, mês e especialidade foram avaliadas com o teste Qui-quadrado de Pearson, sendo adotado nível de significância de 5%.

### 3.7 Aspectos éticos

Ressalta-se que os princípios éticos e legais foram respeitados e a condução do estudo com a coleta de dados se deu após submissão à Plataforma Brasil e aprovação através dos Pareceres do CEP da instituição envolvida sob os números: 5.237.090 e 5.577.942 (ANEXOS

D e E), respeitando as diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos descritas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e 510/2016 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016), bem como apreciação e análise da autorização das instâncias administrativas e de Enfermagem da respectiva policlínica para acesso aos dados no setor (ANEXOS B e C).

Os dados foram coletados e analisados de registros internos de cancelamentos de cirurgia, de forma cegada (sem identificação do paciente) com rigor e cuidado, sem interferência na assistência ao paciente durante seu tratamento na instituição, respeitando-se a integridade das informações, sendo conservadas de forma sigilosa e científica, para que não houvesse qualquer tipo de identificação, nem revelação de dados dos sujeitos, o que justifica a ausência de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As informações foram utilizadas apenas para o fim proposto. O instrumento de pesquisa será armazenado sob a responsabilidade da pesquisadora durante cinco anos e, posteriormente, será inutilizado.

O financiamento desta pesquisa foi realizado em parte com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ) e não representou ônus para a instituição pesquisada (APÊNDICE D). Após a sua conclusão, será enviado um exemplar da pesquisa à policlínica pesquisada e ao CEP.

## 4 RESULTADOS

Foram analisados os registros de agendamento e cancelamento cirúrgico da unidade de cirurgia ambulatorial no período de agosto de 2021 a julho de 2022. Nesses 12 meses, o número total de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais agendados foram de 2.147, sendo 1813 realizados e 334 cancelados.

No que diz respeito às características sociais e demográficas dos pacientes que tiveram suas cirurgias canceladas, a maioria pertencia ao sexo masculino 216 (64,67%); quanto à idade, a mínima foi 13 e máxima 94, a média foi de 51,01 ( $dp \pm 16,36$ ), mediana 51,5.

Com relação ao estado civil, houve predomínio de solteiros 158 (47,73%) e 131 (39,58%) casados. No tocante à escolaridade, ensino médio completo e o fundamental incompleto representaram 114 (34,13%) e 107 (32,04%), respectivamente.

No que tange ao perfil clínico dos pacientes, o presente estudo mostra que majoritariamente os pacientes eram ASA I 158 (47,31%). Porém, dos pacientes que apresentavam algum tipo de comorbidade, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) era a mais frequente 156 (48,6%).

Não foi possível realizar comparações com as variáveis referentes ao estado civil, escolaridade, classificação de ASA e comorbidades devido à disponibilidade dessas variáveis apenas nos registros de cancelamento cirúrgico. O perfil sociodemográfico e clínico dos cancelamentos foram apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com cirurgias ambulatoriais canceladas. Rio de Janeiro, 2022 (continua)

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo	Masculino	216	64,67
	Feminino	118	35,33
Estado civil	Solteiro	158	47,73
	Casado	131	39,58
	Viúvo	19	5,74
	Divorciado	17	5,14
	União estável	6	1,81
	Não informado	3	0,9

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com cirurgias ambulatoriais canceladas. Rio de Janeiro, 2022 (conclusão)

Variáveis	Categorias	N	%
Escolaridade	Médio completo	114	34,13
	Fundamental incompleto	107	32,04
	Fundamental completo	65	19,46
	Médio incompleto	17	5,09
	Superior completo	16	4,79
	Não informado	6	1,8
	Superior incompleto	5	1,5
	Analfabeto	4	1,2
ASA	I	158	47,31
	II	93	27,84
	III	70	20,96
	Não informado	13	3,89
Comorbidades	HAS	156	48,6
	DRC	64	19,94
	DM	61	19
	Outras patologias	19	5,92
	Não informado	13	3,89
	Cardiopatia	7	2,18
	Dislipidemia	5	1,56

Legenda: ASA: *American Society of Anesthesiologists*; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; DRC: Doença Renal Crônica.

Fonte: A autora, 2022.

Com relação às causas de cancelamentos cirúrgicos ambulatoriais, nota-se que estavam relacionados mais frequentemente à falta do paciente no dia do procedimento agendado 35,03% (n=117), seguida de condições clínicas desfavoráveis 92 (27,54%). Dentre as categorias elencadas, as causas relacionadas aos pacientes representaram 182 (54,5%), seguidas das causas clínicas 92 (28%).

Detalha-se na tabela 2 o momento em que ocorreu o cancelamento cirúrgico. A maioria ocorreu no dia do procedimento agendado 308 (92,22%). Quanto ao período

transoperatório, identificou-se que 224 (67,07%) ocorreram durante a admissão do paciente na unidade cirúrgica e 55 (16,47%) na sala de espera pré-anestésica.

Tabela 2 – Caracterização das causas e momento em que ocorreu o cancelamento em uma unidade de cirurgia ambulatorial universitária integrante do SUS. Rio de Janeiro, 2022

	<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Paciente	Falta do paciente	117	35,03
	Inconformidade no preparo pré-operatório	30	8,98
	Paciente sem vacina contra COVID-19/doses incompletas	20	5,99
	Desistência do paciente	10	2,99
	Ausência do teste de RT-PCR para COVID-19	7	2,1
Clínica	Condições clínicas desfavoráveis	92	27,54
Institucional	Falta de profissional	18	5,39
	Erro no agendamento	15	4,49
	Falta de exame pré-operatório	13	3,9
	Falta de equipamentos/insumos/leitos	12	3,59
Momento	No dia da cirurgia	308	92,22
	No dia anterior da cirurgia	26	7,78
Período transoperatório	Admissão	224	67,07
	Sala de espera pré-anestésica	55	16,47
	Sala operatória	29	8,68

Fonte: A autora, 2022.

Evidenciou-se uma taxa anual de cancelamento cirúrgico ambulatorial de 15,55%. Embora o número de agendamentos cirúrgicos seja mais expressivo nos meses de julho/2022 e maio/2022, com 238 e 227, respectivamente, na análise mensal, observou-se que a maior taxa de cancelamentos ocorreu em dezembro/2021 com 27 (22,5%) e a menor taxa no mês de agosto/2021 com 19 (9,74%).

Quanto ao sexo, observou-se maior taxa e cancelamento no sexo feminino 118 (20,17%).

Salienta-se que, dentre as especialidades cirúrgicas que tiveram maior frequência dos procedimentos cirúrgicos cancelados, a cirurgia vascular teve 66 (20,89%), seguida da plástica 57 (20%). Quanto às menores taxas de cancelamento, encontra-se a cirurgia periorbital com 6 (10,17%), seguida da urologia 123 (12,63%). Com relação à idade, o maior percentual de cancelamentos foi registrado na faixa etária com entre idosos  $\geq 60$  112 (17,36%).

Evidencia-se, na Tabela 3, que houve diferença estatística significativa entre os cancelamentos cirúrgicos com o sexo feminino ( $p \leq 0,001$ ), o mês de dezembro ( $p = 0,010$ ), a especialidade cirúrgica vascular ( $p = 0,001$ ) e a variável idade ( $p = 0,007$ ).

Tabela 3 – Distribuição da taxa de cirurgias canceladas, e associação do cancelamento cirúrgico com mês, sexo, especialidade cirúrgica e faixa etária. Rio de Janeiro, 2022

Variáveis	Categorias	Realizadas		Canceladas		p-valor
		n	%	N	%	
Mês	Ago/21	176	90,26	19	9,74	0,010
	Set/21	159	83,25	32	16,75	
	Out/21	152	85,88	25	14,12	
	Nov/21	152	86,86	23	13,14	
	Dez/21	93	77,5	27	22,5	
	Jan/22	49	81,67	11	18,33	
	Fev/22	152	83,52	30	16,48	
	Mar/22	154	79,38	40	20,62	
	Abr/22	145	79,24	38	20,77	
	Mai/22	198	83,19	40	16,81	
	Jun/22	180	87,81	25	12,2	
Jul/22	203	89,43	24	10,57		
Sexo	Feminino	467	79,83	118	20,17	< 0,001
	Masculino	1346	86,17	216	13,83	
Especialidade	Vascular	250	79,11	66	20,89	0,001
	Plástica	228	80	57	20	
	Geral	245	82,77	51	17,23	
	Proctologia	186	85,71	31	14,29	
	Urologia	851	87,37	123	12,63	
	Periorbitária	53	89,83	6	10,17	
Faixa etária em anos*	Crianças ( $\leq 12$ )	5	100	0	0	0,007
	Adolescentes ( $>12$ a $\leq 18$ )	31	88,57	4	11,43	
	Adultos ( $\geq 19$ a $\leq 59$ )	1244	85,09	218	14,91	
	Idosos ( $\geq 60$ )	533	82,64	112	17,36	

Nota: Dados da pesquisa (2022).

Legenda: \* Categorizadas segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, e também o Estatuto do Idoso

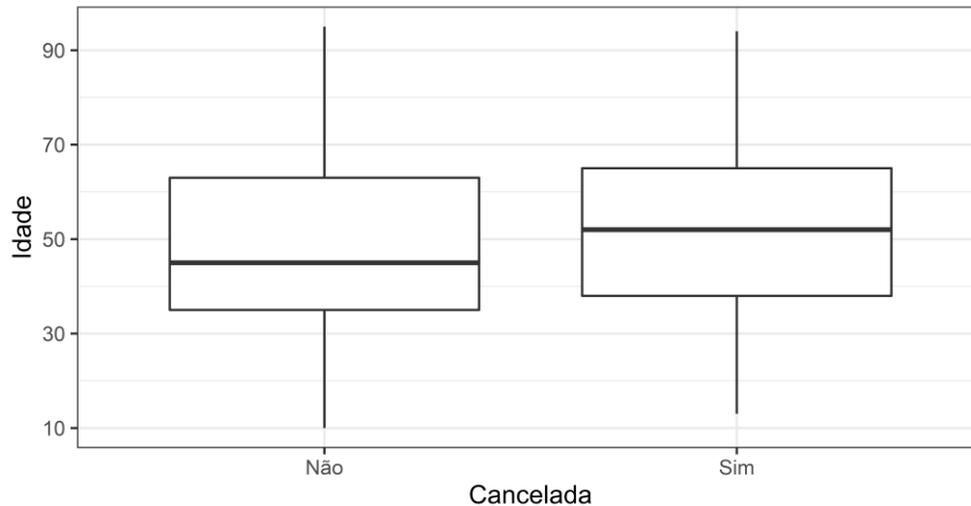
Fonte: A autora, 2022.

Não foi possível realizar associação com a classificação de ASA dos pacientes por não ter essa variável disponível no registro de agendamentos cirúrgicos.

A idade média dos pacientes que tiveram as cirurgias realizadas e canceladas foi de 48,3 e 51, respectivamente. Os quartis Q1, mediana e Q3 foram maiores nas cirurgias

canceladas quando comparados com as cirurgias realizadas, indicando que a distribuição dessas cirurgias foi mais concentrada em valores maiores como demonstrado no gráfico 1.

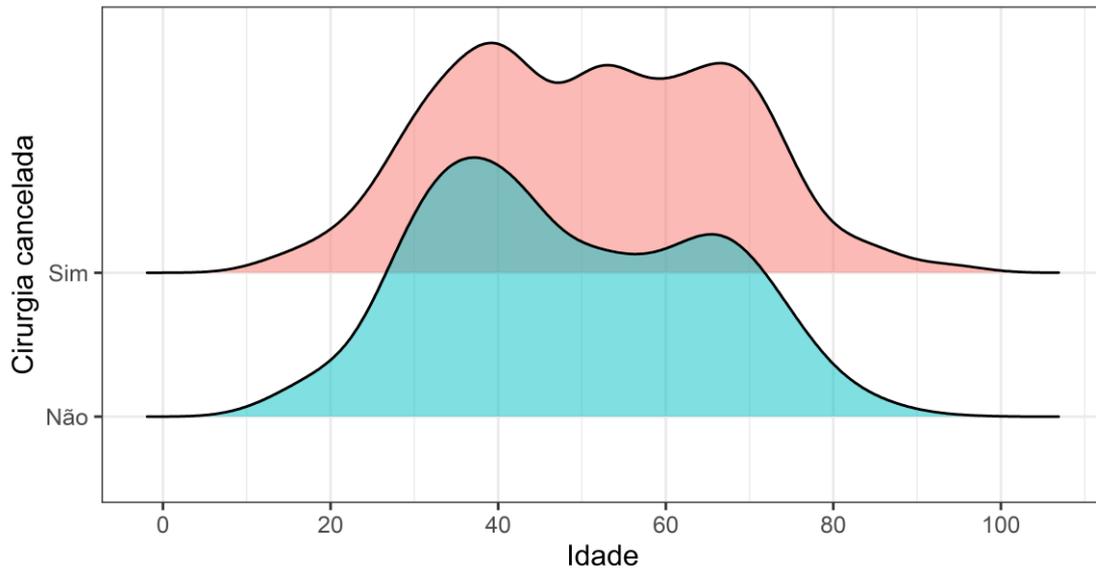
Gráfico 1 – Distribuição das cirurgias realizadas e canceladas por idade. Rio de Janeiro, 2022



Nota: Dados desta pesquisa (2022).  
Fonte: A autora, 2022.

Esses dados podem ser melhor expressos na estimativa de densidade do gráfico 2, no qual permite a estimativa de idade com maior concentração das cirurgias realizadas e canceladas. É possível visualizar uma concentração maior de pacientes mais velhos no grupo de cirurgias canceladas, sobretudo, no intervalo entre 60 a 70 anos de idade, corroborando com a associação da faixa etária acima dos 60 anos de idade com o cancelamento cirúrgico.

Gráfico 2 – Estimativa de densidade das cirurgias realizadas e canceladas por idade. Rio de Janeiro, 2022



Nota: Dados desta pesquisa (2022).  
Fonte: A autora, 2022.

No que diz respeito às ações ou procedimentos desenvolvidos pela equipe de saúde até o cancelamento da cirurgia, observa-se aferição de sinais vitais como o procedimento de enfermagem mais realizado com 97 (29,04%).

Tabela 4 – Ações/procedimentos realizados antes da confirmação do cancelamento cirúrgico ambulatorial. Rio de Janeiro, 2022

Variáveis	Categorias	n	%
Ações/ procedimentos	Aferição de sinais vitais	97	29,04
	Realização de troca de roupa	79	23,65
	Abertura de material descartável	32	9,58
	Abertura de caixa de instrumental	30	8,98
	Aspiração de medicação anestésica	27	8,08
	Realização da anestesia	7	2,1
	Punção venosa periférica	3	0,9

Nota: Dados da pesquisa (2022).  
Fonte: A autora, 2022.

## 5 DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo revelam que as causas mais frequentes de cancelamento cirúrgico ambulatorial foram a falta do paciente no dia do procedimento agendado, seguida de condições clínicas desfavoráveis e inconformidade no pré-operatório. Corrobora-se com esses achados um estudo realizado em centro cirúrgico ambulatorial oftalmológico (LIU; LIANG; YAN, 2022), no qual os motivos mais comuns para o cancelamento da cirurgia foram igualmente o não comparecimento do paciente 49,7%, as alterações nas condições gerais dos pacientes 18,4% e a inconformidade do preparo pré-operatório 6,0%. O estudo em questão ainda destaca que a maioria dessas causas de cancelamento poderiam ter sido evitadas.

Referente aos dados sociodemográficos, o elevado número de cancelamentos no sexo masculino se dá devido ao número expressivo de pacientes atendidos na especialidade da urologia, no qual 100% dos pacientes são atendidos pelo projeto Saúde do Homem, desenvolvido na unidade.

Neste estudo, o cancelamento foi mais frequente em pacientes solteiros. No estudo de Da'Ar e Al-Mutairi (2018), os autores indicam que pacientes casados cancelaram com menos frequência em comparação com os pacientes cujo estado civil era desconhecido ou não revelado. Não foram encontradas evidências em estudos anteriores quanto à escolaridade.

Com relação ao ASA, majoritariamente os registros de cancelamento referiam pacientes de ASA I, ou seja, sem comorbidades, o que talvez possa ser explicado pelo elevado número de pacientes atendidos para realização de vasectomias na urologia.

Entretanto, dos pacientes cancelados que possuíam algum tipo de comorbidade, a HAS se mostrou mais prevalente. Sendo a HAS uma causa comum de cancelamento devido aos desfechos negativos ao paciente, é importante direcionar a avaliação pré-operatória para tratar a hipertensão não controlada, reiterando orientações quanto ao uso de anti-hipertensivos.

### 5.1 Causas de cancelamento

Para melhor organização da discussão, organizou-se as causas de cancelamento e os demais resultados obtidos em tópicos.

### 5.1.1 Falta do paciente

A falta do paciente no dia do procedimento agendado é um problema afeta instituições públicas e privadas de forma semelhante, o que reforça a necessidade das organizações investirem em programas de controle de ausências (AMARAL *et al.*, 2020). Estudos semelhantes demonstram altas taxas de absenteísmo como causa principal de cancelamentos cirúrgicos (ASKARI *et al.*, 2020; BRAHIN *et al.*, 2020; MALIZU; LASEBIKAN; OMOKE, 2021; WONGTANGMAN *et al.*, 2022).

Corroborar-se, com esta pesquisa, estudo brasileiro que evidenciou o principal motivo de cancelamento relacionado ao paciente que levou ao cancelamento de cirurgias ambulatoriais foi o não comparecimento do paciente no dia do procedimento agendado, seguido de sua condição clínica (JÚNIOR *et al.*, 2019).

A falta do paciente talvez possa ser atribuída a diversos fatores como preparação inadequada do paciente no pré-operatório (HERRERA-USAGRE *et al.*, 2019), dificuldades financeiras (MALIZU; LASEBIKAN; OMOKE, 2021), ao gerenciamento dos agendamentos, a marcação da cirurgia em data inconveniente para o paciente, esquecimento sobre algum compromisso importante no dia da cirurgia, horários inviáveis, medo ou até mesmo por alguma falha de comunicação entre paciente e serviço, que culminou em alguma dúvida que não foi esclarecida ou bem compreendida por ele antes da cirurgia (BROULLÓN DOBARRO *et al.*, 2019; BRAHIN *et al.*, 2020; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2022).

Há evidências de que pacientes diagnosticados com condições psiquiátricas, como de transtorno de ansiedade ou em uso de medicamentos psiquiátricos como antidepressivos podem faltar com mais frequência. Talvez seja possível que os membros de uma equipe cirúrgica multidisciplinar, integrados com profissionais de saúde mental, possam rastrear esses casos abordando os fatores de risco pré-operatórios para cancelamento, fornecendo uma intervenção de redução da ansiedade (WONGTANGMAN *et al.*, 2022).

Estudo que atribuiu a falta do paciente no dia da cirurgia a falhas de informação demonstrou uma redução na taxa de cancelamento de 9,21% em para 3,31% com os pacientes comparecendo a unidade para avaliação e orientação com 72 horas de antecedência (BRAHIN *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, a comunicação do enfermeiro é essencial (FASSARELLA *et al.*, 2022), e é por meio dela que este profissional pode identificar o significado que o paciente atribui ao seu tratamento cirúrgico. Uma boa comunicação proporciona um maior vínculo

entre os profissionais de saúde e o paciente, possibilitando o esclarecimento de dúvidas, orientação de cuidados e transmissão de informações importantes, minimizando, assim, cancelamentos cirúrgicos preveníveis (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2022).

Entretanto, ainda segundo Almeida e Oliveira (2022), observa-se uma escassez de estudos publicados sobre ferramentas tecnológicas de comunicação e informação entre paciente e profissionais, ou que propunham uma comunicação eficaz com impacto direto na prevenção de cancelamentos cirúrgicos. Com isso, destaca-se a importância de as instituições de saúde investirem em gestão de processos e implantação de tecnologias para melhoria dessa comunicação.

### 5.1.2 Condições clínicas desfavoráveis

As condições clínicas desfavoráveis neste estudo foram responsáveis por 27,5% dos cancelamentos, assemelhando-se a diversos estudos (HÄNNINEN-KHODA; KOLJONEN; YLÄ-KOTOLA, 2018; JÚNIOR *et al.*, 2019; TURUNEN *et al.*, 2019; ASKARI *et al.*, 2020; GONÇALVES *et al.*, 2020), no qual um deles registrou que 85,2% dos pacientes tiveram suas cirurgias ambulatoriais canceladas devido a motivos relacionados às condições clínicas (SMITH *et al.*, 2018).

Na unidade onde se desenvolveu este estudo, podem ser submetidos a cirurgias ambulatoriais somente pacientes classificados como ASA I e II, e excepcionalmente os com doença renal crônica (DRC) para confecção de fístula arteriovenosa, pois pacientes ASA III, sem descompensação nos últimos 3 meses, podem se beneficiar da CA, sendo avaliado o risco-benefício do procedimento (HERRERA-USAGRE *et al.*, 2019).

Sabe-se, porém, que doenças crônicas estáveis, como diabetes, asma ou hipertensão arterial, não são contraindicações, mas devem ser cuidadosamente manejadas no pré e pós-operatório, para que não haja cancelamento cirúrgico por essa causa (SERBAN *et al.*, 2021).

Estudo recente (LIU *et al.*, 2021) aponta que clínicas de avaliação pré-operatória para pacientes com múltiplas comorbidades, ASA I, II e III, demonstraram redução de cancelamentos e custos desnecessários. Pacientes com múltiplas comorbidades foram avaliados de forma multidisciplinar, na qual o anestesiólogo avaliou as condições físicas do

paciente, ajustando medicações e tratando as comorbidades como por exemplo a hipertensão e encaminhando para avaliação de outra especialidade conforme a necessidade. Assim, cirurgião e anestesista avaliavam se o paciente poderia ou não ser agendado.

Todavia, as causas relacionadas à doença de início súbito, exacerbação de uma doença ou condição de saúde que afeta a cirurgia como por exemplo, infecções respiratórias, sintomas semelhantes aos da gripe, sintomas gastrointestinais não são evitáveis, mas, em alguns casos, os cancelamentos podem ser evitados se a adequação do paciente para uma operação for cuidadosamente avaliada, discutida e avaliada (LEE *et al.*, 2017; TURUNEN *et al.*, 2019).

Cabe ressaltar que, através da avaliação pré-operatória realizada por enfermeiro e/ou pelo médico anestesista é possível conhecer as condições clínicas, psicológicas e outras necessidades do paciente, facilitando o planejamento individualizado dos cuidados pré, intra e pós-operatórios adequados, minimizando o risco de eventos adversos em cirurgia ambulatorial (SMITH *et al.*, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2020; RODRIGUES *et al.*, 2020; FERREIRA; BOTO, 2021; SERBAN *et al.*, 2021).

Contudo, essa avaliação precisa ser feita em conjunto com o paciente, ofertando uma educação adequada do paciente no momento da decisão de passar pelo procedimento cirúrgico (TURUNEN *et al.*, 2019).

Nesse sentido, ao analisar a presença de consulta pré-anestésica e pré-operatória na população, em estudo português se evidenciou que o cancelamento é dependente da inexistência da consulta pré-anestésica ( $p < 0,01$ ) e da consulta pré-operatória ( $p < 0,05$ ) (FERREIRA; BOTO, 2021).

Assim, a realização de uma avaliação precisa e completa do paciente, acrescida do estabelecimento de um bom relacionamento com os pacientes, pode reduzir as taxas de cancelamento. Além disso, a introdução de um sistema de chamada de lembrete pré-operatório podem reduzir as taxas de cancelamento devido aos problemas que não estejam relacionados diretamente às questões de saúde (CHO *et al.*, 2019).

### 5.1.3 Inconformidade no preparo pré-operatório

O preparo pré-operatório inadequado do paciente é apontado como uma das principais causas de cancelamento cirúrgico, afetando tanto a qualidade do procedimento cirúrgico quanto o consumo de recursos hospitalares (HERRERA-USAGRE *et al.*, 2019). A

inconformidade no preparo pré-operatório representou 9%, sendo terceira maior causa de cancelamento cirúrgico registrada neste estudo

A preparação inadequada pode ocorrer quando algumas orientações pré-operatórias não foram transmitidas, até mesmo reforçadas para o paciente, sendo que ambas situações decorrem de uma comunicação ineficaz. (FERREIRA; BOTO, 2021). Salienta-se a relevância da comunicação interdisciplinar da equipe de saúde para qualidade e segurança do paciente (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Pacientes que se submetem a cirurgias ambulatoriais tem, em sua maioria, o preparo pré-operatório realizado em seu domicílio e, embora seja a modalidade cirúrgica escolhida pela maioria dos paciente, ainda há uma alta taxa de cancelamento. (LIU; LIANG; YAN, 2022). A preparação pré-operatória adequada além de reduzir significativamente a taxa de cancelamentos, eleva o nível de satisfação do paciente (SOLAK *et al.*, 2019).

Muitos pacientes e familiares não entendem as instruções recebidas ou a importância de segui-las, ou recordam de 40 a 80% das informações, isso quando não são lembradas incorretamente. Conseqüentemente, quanto maior a quantidade de informações fornecidas aos pacientes, menor a chance de serem lembradas de forma precisa (BROCKEL *et al.*, 2020).

A literatura científica aponta as tecnologias educacionais como aliadas nesse processo de ensino-aprendizagem, favorecendo o desenvolvimento de habilidades e autonomia do paciente. Os materiais impressos com conteúdo textual são amplamente utilizados por apresentar baixo custo, serem facilmente manuseados e acessados, possibilidade de consulta pelo paciente a qualquer momento, e também a transmissão de informações sem a necessidade de um profissional (LUNA *et al.*, 2022).

Nesse sentido, uma estratégia que pode ser utilizada é modificação nas instruções pré-operatórias destacando, por exemplo, o risco de aspiração e incluindo ilustrações visuais em folheto pré-operatório por escrito podem ajudar na melhor compreensão da importância de se manter o jejum pré-operatório (BROCKEL *et al.*, 2020). Porém, esse tipo de estratégia com material escrito e ilustrativo pode ser ineficaz para pacientes analfabetos (LUNA *et al.*, 2022).

Estudo observou a necessidade de melhoria na comunicação das orientações de jejum aos pacientes e cuidadores, assim iniciaram o desenvolvimento de uma ferramenta para descrever instruções sobre jejum para as famílias usando palavras escritas e ilustrações (BILLINGS *et al.*, 2020).

Sabe-se que a utilização de aplicativo de *smartphone* também pode melhorar a adesão do paciente às instruções pré-operatórias e diminuir o cancelamento de cirurgias (YU; HE; LUO, 2020).

Nesse contexto, LEE *et al.*(2017) obtiveram redução de 50% nas taxas de cancelamento após a participação ativa dos enfermeiros no projeto de implementação “Registro de Chamadas Pré-operatórias Enfermeiro-paciente”, no qual a enfermeira realizava 2 ligações pré-operatórias para cada paciente ou familiar em dois momentos distintos, para que desse tempo para processar as informações e formular perguntas para a segunda ligação. Era possível informar sobre a cirurgia, oferecendo ensino pré e pós-operatório, e captar informações necessárias sobre o estado de saúde, responder perguntas e repassar informações para a equipe cirúrgica antes do paciente ser submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico.

#### 5.1.4 Paciente sem vacina/doses incompletas

A segurança para pacientes e profissionais no contexto da cirurgia ambulatorial teve grande importância e interesse no cenário da pandemia da COVID-19 devido às preocupações de possível exposição e transmissão viral. Diante disso, foram desenvolvidas estratégias para retomada das atividades eletivas nos hospitais públicos de ensino no Brasil (SILVA *et al.*, 2021; SINGH *et al.*, 2021).

A reprogramação das atividades eletivas assistenciais no Brasil se amparou nas recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), associações médicas, sociedades científicas e autoridades nacional e locais que também estão pautadas nas diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil e da Organização Mundial da Saúde (OMS) (SILVA *et al.*, 2021).

Embora o avanço da vacinação em todo país tenha permitido grandes benefícios para a saúde pública, como redução significativa da ocorrência de casos graves e óbitos pela COVID-19 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL, 2021), observou-se, neste estudo, cancelamentos relacionados ao paciente devido à falta de vacinação ou por doses incompletas, apesar de sua obrigatoriedade no período de agosto de 2021 a abril de 2022 aos pacientes submetidos a cirurgias eletivas pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2020; 2022), porém, até o momento, não foi encontrado dado semelhante na literatura científica.

### 5.1.5 Falta de profissional

Quanto à causa de cancelamento a falta de profissional, estudo anterior (OGWAL *et al.*, 2020) demonstra que o cancelamento relacionado à falta de recursos humanos se deu em sua maioria devido aos anestesistas não estarem disponíveis, por participarem de congressos ou conferência. Considerando as limitações de recursos no contexto de instituições universitárias do SUS, uma redistribuição de funcionários e outros arranjos apropriados podem ser realizados a fim de cobrir funcionários que não estejam disponíveis devido às férias ou outras questões (OGWAL *et al.*, 2020).

Diante disso, faz-se necessário o planejamento do mapa cirúrgico, levando-se em consideração não somente a disponibilidade de equipamentos e materiais, mas também de profissionais, pois são essenciais para a realização do procedimento anestésico-cirúrgico (GONÇALVES *et al.*, 2020).

### 5.1.6 Erro no agendamento

Os erros no agendamento neste estudo foram caracterizados por cirurgias agendadas que necessitavam ser realizadas com suporte hospitalar, cirurgia agendada que já havia sido realizada, mudança na data da cirurgia sem aviso prévio, previsão do término da cirurgia após o horário de funcionamento da instituição ou erro no nome do procedimento agendado.

Diferentemente deste estudo, no qual 4,5% das causas de cancelamento foram devido a erros no agendamento, Araújo *et al.* (2020) apontam em seu estudo o erro na programação cirúrgica como uma das maiores incidências, sendo relacionado à organização da unidade (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Com isso, o agendamento cirúrgico satisfatório é verificado a partir da realização do procedimento cirúrgico (RANGEL *et al.*, 2019), sendo um processo importante e que requer um trabalho multiprofissional, refletindo, assim, a organização da unidade (PEREIRA *et al.*, 2021).

Assim, para a organização estrutural do bloco operatório, a comunicação é uma condição importante para o planejamento estratégico do enfermeiro responsável pelo ambiente cirúrgico (PEREIRA *et al.*, 2021). Entretanto, uma comunicação ineficaz entre os

membros da equipe multidisciplinar pode favorecer a ocorrência de erros e interrupções no atendimento ao paciente e impactar diretamente no cancelamento da cirurgia (SANTOS *et al.*, 2019).

Considerar o fato da instituição em questão tratar-se de um ambiente universitário, é importante quando se olha para cancelamentos cirúrgicos, pois diversos residentes médicos e de enfermagem estão passando pelo processo de desenvolvimento de habilidades técnicas e profissionais, o que pode aumentar a taxa de cancelamento cirúrgico por erros relacionados ao agendamento (RANGEL *et al.*, 2019).

Para um agendamento cirúrgico de qualidade, faz-se necessário engajamento da equipe multiprofissional, pois cada profissional possui funções específicas em seu processo e a falha de qualquer um deles pode gerar cancelamento, sejam eles cirurgiões, anestesistas, instrumentadores, circulantes de sala enfermeiros ou serviços administrativos. (DÍAZ-PÉREZ *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2021).

Os profissionais e instituições em saúde podem oferecer estratégias que facilitem a marcação dos pacientes, como um sistema de agendamento tecnológico, como por exemplo o uso de sites ou aplicativos (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2022). Assim, centralizar o agendamento e fortalecer a cooperação multiprofissional com a equipe perioperatória pode promover uma programação bem-sucedida e pontos importantes devem ser considerados como recursos de pessoal, equipamentos e disponibilidade de centro cirúrgico (TURUNEN *et al.*, 2019). A participação do paciente no processo de agendamento também é recomendada. (TURUNEN *et al.*, 2019).

#### 5.1.7 Falta de exame pré-operatório

O cancelamento por falta de exame pré-operatório neste estudo corrobora com os achados de estudo anterior (SOLAK *et al.*, 2019) no qual a necessidade de mais exames diagnósticos levaram a 1,86% do total de casos cancelados.

Embora neste estudo tenha ocorrido em apenas 3,9% dos casos de cancelamento, essa causa é considerada evitável e pode ser reduzida com um melhor preparo pré-operatório, com a realização de consulta pré-anestésica (PEREIRA *et al.*, 2021) e a solicitação de exames mais adequados pelas equipes anestésica e cirúrgica (SOLAK *et al.*, 2019).

### 5.1.8 Falta de equipamentos/insumos/leito

Quando as cirurgias são canceladas por motivos relacionados à organização institucional, os pacientes reagem mais negativamente do que se as cirurgias forem canceladas por motivos relacionados a eles mesmos. Isso pode ser explicado pelo fato de nem sempre haver solução imediata para um problema relacionado ao paciente como falta às consultas ou problemas de saúde e, portanto, pode levar a uma melhor aceitação. Em contrapartida, quando a instituição ou o sistema de saúde são responsáveis pelo motivo que levou ao cancelamento, pode ser mais difícil do paciente aceitar (VIFTRUP *et al.*, 2021).

Assim, não se pode ignorar o fato da falta de material, equipamento ou leitos como causadores de cancelamento cirúrgico. A disponibilidade de recursos, bem como a distribuição e sua gerência se faz extremamente importante, refletindo a organização da unidade (SALEHNEJAD; ALI; PROUDLOVE, 2020) e intensificando a importância do trabalho gerencial do enfermeiro no ambiente cirúrgico (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Estudo anterior registrou que 67% das não conformidades estavam relacionadas à falta de instrumental cirúrgico (HUYNH *et al.*, 2019), corroborando assim para a importância do papel do enfermeiro do Centro de Material e Esterilização (CME) na gerência do fornecimento produtos para o cuidado de saúde dos pacientes (GONÇALVES *et al.*, 2020).

O planejamento dos recursos materiais está ligado à assistência de enfermagem e ao cuidado prestado ao paciente (TEIXEIRA *et al.*, 2019). Os enfermeiros desempenham muitas funções em diferentes áreas, e uma das suas competências mais importantes é a gestão dos recursos humanos e materiais, que decorre da prestação de cuidados (FASSARELLA *et al.*, 2022).

O profissional enfermeiro possui maior conhecimento para coordenar um grupo de trabalho para a melhoria assistencial e segurança do paciente (TAMIASSO *et al.*, 2018). Logo, o problema da falta de equipamentos, de insumos ou até mesmo leitos pode ser resolvido ou minimizado com uma inserção mais evidente do enfermeiro no planejamento, monitorização e confirmação da disponibilidade dos materiais necessários antes da confirmação do agendamento (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Deste modo, o mapa cirúrgico é uma ferramenta para garantir previsão e provisão de recursos humanos e tecnologia adequados ao agendamento das cirurgias orientando o enfermeiro (TEIXEIRA *et al.*, 2019; PEREIRA *et al.*, 2021).

Há recomendação de alguns autores para que o agendamento e a coordenação dos cuidados pré-operatórios sejam centralizados para viabilizar a garantia de disponibilidade de recursos e equipamentos adequados ao procedimento cirúrgico (TURUNEN *et al.*, 2019).

Existe também evidência de que a prática de reunião diária denominada "bate-mapa" possibilitou solucionar problemas de falta de materiais para atender às cirurgias, além da conscientização dos profissionais envolvidos de que todos são corresponsáveis tanto pelos bons resultados dos procedimentos, bem como pelos desperdícios, prejuízos e retrabalho resultantes de cancelamentos (TAMIASSO *et al.*, 2018).

#### 5.1.9 Desistência do paciente

Uma das causas consideradas evitáveis de cancelamento é a decisão do paciente de não se submeter à cirurgia. Embora neste estudo a desistência do paciente tenha representado apenas 3% dos cancelamentos, considerar que os possíveis motivos podem ser o medo da dor, o medo da cirurgia, a desconfiança do paciente em relação aos benefícios da cirurgia é de extrema importância (WOŚ; KOBOS, 2022). Uma melhor preparação pré-operatória e orientação, esclarecendo as complicações e os benefícios da cirurgia, podem ajudar os pacientes a se preparar apropriadamente para vivenciar esse momento e reduzir o número de cancelamentos no dia da intervenção cirúrgica (SOLAK *et al.*, 2019).

Estudo publicado em 2021, que determinou a segurança de procedimentos esportivos ortopédicos ambulatoriais durante a pandemia da COVID-19, relatou que o medo do paciente de contrair o vírus COVID-19 foi citado como o principal fator por trás da diminuição do volume operatório (SINGH *et al.*, 2021).

O protocolo de Otimização da Recuperação Pós-operatória, do inglês *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), incluiu a adição de medidas pré-operatórias, intraoperatórias e pós-operatórias, favorecendo a redução da dor e de complicações no perioperatório, fornecendo educação pré-operatória para um cuidado seguro e acelerando a recuperação do paciente. Embora o uso do protocolo ERAS específico para cirurgia ambulatorial seja limitado na literatura (JOSHI, 2020), estudo apontou que a implementação do protocolo ERAS em cirurgia ambulatorial ortopédica é eficaz (HAMPTON, *et al.*, 2022).

Nesse sentido, percebe-se que uma conversa mais adequada e detalhada com o paciente antes de estabelecer a indicação da cirurgia, com esclarecimento completo de suas

dúvidas e sobre a situação na qual se encontra, poderia diminuir os cancelamentos por esta causa (SOLAK *et al.*, 2019).

#### 5.1.10 Ausência do teste de RT-PCR para COVID-19

A pandemia de COVID-19 desafiou os cuidados de saúde mundialmente (SILVA *et al.*, 2021), sobretudo no que se refere ao cuidado perioperatório. Estudo recente mostra que 12,73% dos cancelamentos ocorreram devido à necessidade de interrupção dos serviços cirúrgicos em março de 2020 em razão da pandemia por COVID-19 (CRUZ; HERNÁNDEZ; SEPÚLVEDA, 2020).

Neste estudo, a causa de cancelamento ausência do teste de RT-PCR para COVID-19 se refere a uma nova variável que, embora ainda se esteja vivenciando um período pandêmico, não foi mencionada em estudos anteriores.

Assim, neste estudo, ocorreram cancelamentos por não realização de teste RT-PCR para COVID-19 ou a não apresentação de seu resultado pelo paciente.

Alguns exames complementares de diagnóstico e, especialmente, o teste para avaliar a presença de infecção SARS-CoV-2, enquanto epidemiologicamente ainda se justificar a sua realização, deveriam ser agendados dois a três dias antes da data prevista para a cirurgia, de forma a permitir alterar os programas cirúrgicos de acordo com eventuais resultados positivos (DIOGO *et al.*, 2021).

Talvez a não realização do exame em tempo hábil possa ter ocorrido devido a uma falha na comunicação dos profissionais de saúde ou na compreensão do paciente quanto à importância da realização do teste para segurança do processo anestésico cirúrgico.

## 5.2 **Momento e o período transoperatório do cancelamento**

Evidenciou-se também que, em relação ao momento do cancelamento e período pré-operatório, um número expressivo de cancelamentos de ocorreram no dia da cirurgia durante a admissão na unidade. Matzek *et al.* (2020) em seus achados relatam dados aproximados, nos

quais 97% dos cancelamentos ocorreram no pré-operatório, enquanto apenas 3% cancelamentos ocorreu na sala de cirurgia.

Considerando que a realização da cirurgia é um acontecimento marcante na vida do paciente que se programa para vivenciar esse momento, o cancelamento cirúrgico que ocorre antes do afastamento do trabalho pode causar menos danos emocionais e financeiros ao paciente (RANGEL *et al.*, 2019; SILVA, S., *et al.*, 2020).

Assim, o cancelamento que ocorre no dia agendado e após a admissão do paciente no CC leva ao aumento de custos e inutilização da sala cirúrgica (RANGEL *et al.*, 2019), como também grandes implicações socioeconômicas para os pacientes e seus acompanhantes com dias de trabalho perdidos, tempo e dinheiro gastos em viagens (ANTONIOU; BURKE; FERNANDES, 2019), além de redução da qualidade da assistência, gastos com materiais, subutilização das salas cirúrgicas *pela oportunidade perdida de incluir outro paciente no mapa cirúrgico* (SILVA, S., *et al.*, 2020).

Com isso, recomenda-se a realização de treinamentos aos que desempenham atividades antes da realização da cirurgia para detectar possíveis falhas, evitando desperdícios (CRUZ; HERNÁNDEZ; SEPÚLVEDA, 2020).

### **5.3 Taxa de cancelamento cirúrgico mensal e por especialidade**

A taxa de cancelamento é um dos indicadores de qualidade da enfermagem para avaliação da eficiência da SO, segurança do paciente e gerenciamento do cuidado perioperatório, compreendendo o período entre o agendamento e a operação (TURUNEN *et al.*, 2019). O objetivo principal do gerenciamento das taxas de cancelamento de cirurgias é reduzir as taxas de cancelamento e melhorar a eficiência do gerenciamento da sala de cirurgia, por meio da análise de fatores associados aos cancelamentos de cirurgias e da adoção de medidas preventivas (DESTA *et al.*, 2018).

Os resultados obtidos na presente pesquisa evidenciam que a taxa de cancelamento de 15,55% se assemelha ao estudo brasileiro que identificou e caracterizou os indicadores de qualidade mais utilizados em um CC de hospital público especializado em cirurgias de pequeno e médio porte em dermatologia, no qual se observou taxa de cancelamento cirúrgico de 17,6% (AMARAL *et al.*, 2020).

Em contraste, estudo americano registrou apenas 0,5% de taxa de cancelamento em unidade ambulatorial universitário em hospital terciário. Os autores atribuem esse baixo percentual na taxa de cancelamento à realização de atendimento ambulatorial perioperatório na unidade de forma multidisciplinar (SMITH *et al.*, 2018).

Embora não haja consenso sobre valores aceitáveis, especula-se que taxas de cancelamento cirúrgico abaixo de 5% podem indicar maior eficiência do serviço cirúrgico prestado (DÍAZ-PÉREZ *et al.*, 2020; OGWAL *et al.*, 2020; FERREIRA; BOTO, 2021).

Essas taxas de cancelamento apresentadas na literatura são variáveis, configurando os diferentes tipos de unidade (hospitalar ou ambulatorial) e de gestão (públicas ou privadas). Contudo, instituições acadêmicas tem relatado taxas mais altas do que hospitais não acadêmicos (TURUNEN *et al.*, 2018) e maiores em unidades do SUS (14%), quando comparadas às cirurgias por convênios (8,8%) ou particulares (5,4%)(RANGEL *et al.*, 2019). Assim, embora não haja consenso sobre valores aceitáveis para a taxa de cancelamento, especula-se que taxas abaixo de 5% podem indicar maior eficiência do serviço cirúrgico prestado (DÍAZ-PÉREZ *et al.*, 2020; OGWAL *et al.*, 2020; FERREIRA; BOTO, 2021).

Diante disso, a taxa de cancelamento neste estudo foi considerada alta, embora haja uma tendência de se mostrar superior em países em desenvolvimento, onde muitas vezes os recursos são limitados em comparação aos países desenvolvidos (SILVA, M., *et al.*, 2020)

Assim, com intuito de reduzir a taxa de cancelamento cirúrgico, realizam-se algumas intervenções, como a confirmação por meio de ligação telefônica ao paciente agendado no mapa cirúrgico e realização de consulta pré-anestésica (GOUVEIA *et al.*, 2020).

Embora já seja realizado o telemonitoramento de enfermagem na unidade em estudo, com a ligação na véspera do procedimento para dar instruções pré-operatórias ao paciente, as taxas de cancelamento ainda precisam ser reduzidas. Contudo, é necessário envolvimento da alta gestão, para implementação de medidas de melhoria, pois ela é responsável por disponibilizar recursos para inserção de melhorias nas instituições (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2021).

#### 5.4 Associação do cancelamento cirúrgico ambulatorial com as variáveis: mês, sexo, especialidade cirúrgica e faixa etária

Referente ao mês, a alta taxa de cancelamento foi verificada no mês de dezembro, período de verão no Brasil. Talvez se dê devido pacientes e familiares se prepararem para festas de fim de ano. Esse dado se diferencia de estudo que demonstrou maior taxa de cancelamento em cirurgias ambulatoriais durante os meses de inverno, referindo que provavelmente essa ocorrência se dê pela maior incidência de processos respiratórios e infecciosos, comuns nos meses frios (BROULLÓN DOBARRO *et al.*, 2019; ASKARI *et al.*, 2020).

Uma estratégia que pode ser utilizada para reduzir o cancelamento no mês de dezembro é o agendamento com a participação do paciente e seus familiares (TURUNEN *et al.*, 2019).

Embora os cancelamentos tenham ocorrido majoritariamente no sexo feminino, corroborando com achado de estudo anterior (DA'AR; AL-MUTAIRI, 2018), estratégias para resolução dessa problemática talvez possam ser voltadas para melhoria da comunicação com essas pacientes antes e durante o agendamento cirúrgico.

Para contribuir com a tomada de decisão de forma mais pontual e assertiva, é importante avaliar as especialidades com maior percentual de cancelamento (REZENDE; RISI, 2021).

Diante disso, verificou-se neste estudo que a especialidade com maior taxa de cancelamento foi na cirurgia vascular. Resultado que diverge de estudo anterior (MATZEK *et al.*, 2020), no qual nessa especialidade os cancelamentos foram relacionados às condições de saúde dos pacientes, porém considerado um evento infrequente devido à aplicação de modelo de atendimento pré-operatório multidisciplinar utilizado na instituição, o que contribuiu para a taxa de cancelamento de apenas 2%.

Portanto, considerando que os pacientes atendidos na unidade de CA do presente estudo pela cirurgia vascular são os mais complexos clinicamente, com classificação de ASA III, talvez os cancelamentos também possam ser atribuídos às condições de saúde. Contudo, há a possibilidade de exposição a complicações potencialmente evitáveis quando os procedimentos cirúrgicos são cancelados (MATZEK *et al.*, 2020). Assim, faz-se relevante considerar o estudo de Turunen *et al.*, (2018), no qual as menores taxas de cancelamento foram relatadas em especialidades que utilizam um centro de enfermagem pré-operatório.

Diferentemente de estudo de um hospital de referência em cirurgias de ambulatoriais no Sul do Maranhão-Brasil (JÚNIOR *et al.*, 2019), onde a faixa etária ente 21 e 30 anos foi a mais cancelada, nesse estudo a idade que representou o maior número de cancelamento estava entre 60 e 70 anos, aproximando-se das evidências encontradas em estudo no qual pacientes idosos têm maior taxa de cancelamento (CHO *et al.*, 2019; LIU; LIANG; YAN, 2022).

Com isso, este achado merece atenção, visto que pode ocorrer mais sofrimento, estresse e ansiedade em pacientes mais velhos por conta dos cancelamentos do que em pacientes mais jovens (TURUNEN *et al.*, 2018).

De certo, pacientes de idade avançada geralmente possuem mais comorbidades, limitações em sua mobilidade, podendo dificultar a realização de seu tratamento cirúrgico. Com isso, conhecer o perfil do paciente possibilita uma assistência de enfermagem orientada ao cliente para o procedimento cirúrgico (SAMPAIO; GONÇALVES; JÚNIOR, 2016). No entanto, referente à idade dos pacientes, existem dados limitados explorando como a avaliação pré-operatória em idosos pode afetar os cancelamentos cirúrgicos (ZIETLOW *et al.*, 2021).

Contudo, o envelhecimento da população em geral é uma grande preocupação para os profissionais de saúde. Nessa perspectiva, instituições e profissionais de saúde devem se adaptar para oferecer cuidados cirúrgicos seguros e de alta qualidade para os pacientes idosos. Tendo em vista que seja possível que os danos da cirurgia superem os benefícios, para alguns idosos que necessitam passar por esse processo, é importante considerar que eles se beneficiam de uma boa avaliação pré-operatória (FOWLER *et al.*, 2019; OLOTU *et al.*, 2019).

O objetivo da investigação pré-operatória em pacientes idosos é identificar de forma confiável e estruturada o potencial de risco comuns nesse público, incluindo a avaliação, o planejamento anestésico-cirúrgico e cuidados pós-operatórios (OLOTU *et al.*, 2019). Os profissionais de saúde não podem reverter o envelhecimento, porém podem agir considerando sua vulnerabilidade social e psicológica adaptando as informações pré-operatórias (STEPHANIE *et al.*, 2021).

Com isso, é necessário considerar interdisciplinaridade e multiprofissionalismo para o cuidado perioperatório de pacientes idosos, para oferecer um cuidado adequado por meio do conhecimento sobre a multimorbidade, polifarmácia, prevalência de doenças, em particular, cardíacas, vasculares, pulmonares, metabólicas e cerebrais, o comprometimento cognitivo, a compensação de déficits nutricionais, risco de quedas, o tratamento de possível anemia, o que permite reduzir a probabilidade de complicações pós-operatórias (FOWLER *et al.*, 2019;

OLOTU *et al.*, 2019) e a necessidade do envolvimento familiar para que haja sucesso no processo cirúrgico (TALALWAH; MCILTROT, 2019).

Assim, se reconhece que os pacientes são únicos e muitas vezes é difícil ter regras universais que se apliquem de forma genérica (ANTONIOU; BURKE; FERNANDES, 2019) e que antes de ocorrer a cirurgia, uma discussão sobre os riscos e benefícios de alguns procedimentos cirúrgicos e uma avaliação mais completa do estado de saúde do paciente devem ocorrer para determinar se o paciente é adequado para cirurgia em modalidade ambulatorial (FOWLER *et al.*, 2019).

Em suma, é fundamental ser capaz de identificar e compreender as necessidades dos pacientes para a aplicação de estratégias de educação em saúde individualizadas (LUNA *et al.*, 2022).

### **5.5 Ações ou procedimentos desenvolvidos até o cancelamento**

Referente às ações ou procedimentos desenvolvidos até o momento do cancelamento cirúrgico, percebe-se que há a perda de tempo pela equipe de saúde, uma vez que 29,04% dos pacientes cancelados no dia da cirurgia tiveram seus sinais vitais aferidos pela equipe de enfermagem durante a admissão na unidade, pois nessa unidade cirúrgica se segue o protocolo de aferir aferição dos sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e temperatura) e verificar a glicemia de todos os pacientes.

Os desperdícios causados pelo cancelamento são apontados por diversos autores (CRUZ; HERNÁNDEZ; SEPÚLVEDA, 2020; GONÇALVES *et al.*, 2020). Neste estudo, a realização da troca de roupa pelo paciente em 23,65% e abertura de materiais descartáveis em 9,58% das cirurgias canceladas também refletem os desperdícios de recursos gerados por cancelamentos cirúrgicos ambulatoriais.

Logo, é importante mensurar os cancelamentos sob uma perspectiva organizacional para compreensão mais completa das causas e custos, porém, há de se considerar as repercussões para o paciente (TURUNEN *et al.*, 2019).

Recomenda-se que as instituições realizem treinamentos de sua equipe cirúrgica para detectar possíveis falhas, em especial aos que desenvolvem atividades anteriores à cirurgia (CRUZ; HERNÁNDEZ; SEPÚLVEDA, 2020), assim presume-se que o desperdício de recursos possa ser evitado caso ocorra o cancelamento cirúrgico.

## CONCLUSÃO

O presente estudo atingiu os objetivos propostos. As evidências encontradas pontam que, dentre as categorias elencadas, a relacionada aos pacientes foi mais expressiva, tendo a falta do paciente no dia do procedimento como a causa mais prevalente de cancelamento cirúrgico ambulatorial. A taxa anual de cancelamento foi considerada alta, de acordo com a literatura, sendo a maior taxa mensal em dezembro de 2021 e na especialidade de cirurgia vascular. Houve associação significativa com o sexo feminino, o mês de dezembro, a idade dos pacientes entre 60 e 70 anos e a especialidade cirúrgica vascular. Quanto ao momento e período do cancelamento, evidenciou-se mais no dia da cirurgia e durante admissão do paciente na unidade, respectivamente.

A partir dos resultados da pesquisa, foi possível dar maior visibilidade a taxa e as causas mais frequentes de cancelamento cirúrgico ambulatorial, percebendo que a maioria das causas poderia ter sido evitada. Ressalta-se a necessidade de melhoria nos processos assistenciais e gerenciais da unidade, principalmente no mês de dezembro, em pacientes idosos e da especialidade vascular. Com isso, o reconhecimento da adoção de medidas para melhoria desses fatores gera implicações positivas no fluxo de trabalho do centro cirúrgico.

Para obter sucesso na implementação de melhorias, faz-se necessárias à sensibilização e a participação ativa de todos os profissionais envolvidos e adoção de estratégias de comunicação, avaliação e instrução pré-operatória para o sucesso na realização do procedimento cirúrgico.

Considera-se a pesquisa relevante para prática, pois revelou não somente a importância de monitorar o indicador de cancelamento cirúrgico na unidade, mas também de avaliar as causas e a necessidade de adoção de ferramentas de intervenção que auxiliem a tomada de decisão.

Dessa forma, acredita-se que os achados do presente estudo poderão subsidiar o enfermeiro no planejamento, adaptação e adequação de ações da assistência, solidificar a importância da atuação da equipe multidisciplinar nesse processo de melhoria, aumentar a satisfação do paciente por meio da para redução de cancelamentos cirúrgicos, colaborando, assim, com o desenvolvimento de estudos futuros na área de gestão em enfermagem perioperatória.

Portanto, sugere-se que estudos adicionais detalhados sejam necessários para possibilitar o controle os fatores associados aos cancelamentos de cirurgias.

Por fim, pontua-se que o estudo possui **limitação** por ter sido realizado em uma única unidade de cirurgia ambulatorial, o que impede a generalização dos achados com outras realidades. Talvez a inclusão ou comparação com outras instituições possa resultar em distribuições e associações diferentes entre as variáveis de interesse.

## REFERENCIAS

- ABATE, S. M. *et al.* Global prevalence and reasons for case cancellation on the intended day of surgery: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Surgery Open**, [s.l.], v. 26, p. 55–63, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405857220300620>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- ALMEIDA, J. C. A.; OLIVEIRA, A. A. Ferramentas da tecnologia da informação e comunicação na jornada do paciente cirúrgico: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 11, n. 14, p. e212111436222-e212111436222, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36222%0A>. Acesso em: 15 out. 2022.
- ALPENDRE, F. T. *et al.* Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100357&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100357&lng=en&tlng=en). Acesso em: 15 nov. 2021.
- AMARAL, J. A. B. *et al.* Quality indicators at a surgical center specialized in dermatology. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 25, p. 1, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/70391>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- AMERICAN SOCIETY ANESTHESIOLOGISTS. ASA Physical Status Classification System. **Committee on Economics**, [s.l.], Last amended December 13, 2020. Disponível em: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>. Acesso em: 12 set. 2022.
- ANTONIOU, V.; BURKE, O.; FERNANDES, R. Introducing a reserve waiting list initiative for elective general surgery at a District General Hospital. **BMJ Open Quality**, [s.l.], v. 8, n. 3, p. e000745, 19 ago. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjoq-2019-000745>. Acesso em: 21 set. 2021.
- ARAÚJO, P. F. C. S. *et al.* Cancelaciones de cirugías electivas en un hospital escuela: causas y estadísticas. **Enfermería Global**, [s.l.], v. 19, n. 59, p. 286–297, 2020. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/396911>. Acesso em: 17 dez. 2021.
- ASKARI, A. *et al.* Reasons for Same-Day Cancellation in a Dedicated Day Surgery Hospital. **Ambulatory Surgery**, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 30–34, 2020. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2008347441&from=export>. Acesso em: 12 set. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO **Diretrizes de práticas em enfermagem perioperatória e processamento de produtos para saúde**. 7. ed. São Paulo: SOBECC, 2017. p. 487.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO **Diretrizes de práticas em enfermagem perioperatória e processamento de produtos para saúde.** 8. ed. São Paulo: SOBECC, 2021. p. 968.

BILLINGS, K. R. *et al.* Patient factors associated with NPO violations in a tertiary care pediatric otolaryngology practice. **Laryngoscope Investigative Otolaryngology**, [s.l.], v. 5, n. 6, p. 1227–1232, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lio2.473>. Acesso em: 06 dez. 2021.

**BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, n. 52, Semana Epidemiológica 8, 21-27 fev. 2021. Boletim epidemiológico especial: doença pelo Coronavírus COVID-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/boletins-epidemiologicos/boletim-epidemiologico-covid-19-no-52.pdf/@@download/file/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20Covid-19%20-%20N%C2%BA%2052.pdf>. Acesso em: 6 out. 2022.

BRAHIN, F. A. *et al.* Cirugía Mayor Ambulatoria en un Servicio de Cirugía General: cinco años de experiencia. **Revista Argentina de Cirugía**, [s.l.], v. 112, n. 4, p. 469–479, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25132/raac.v112.n4.1474.ei>. Acesso em: 17 dez. 2021.

BRASIL. Congresso Nacional. Senado Federal. **Estatuto do Idoso.** 5. ed. Brasília, DF: Senado Federal, 2021a. 39 p. Lei nº 10.741/2003. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/592242/Estatuto\\_do\\_idoso\\_5ed.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/592242/Estatuto_do_idoso_5ed.pdf). Acesso em 10 dez. 2022.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Tabnet:** Assistência a Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 28 jan. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Retificada em 27 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm). Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF, 24 maio 2016. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2021. Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm). Acesso em: 12 dez. 2022.

- BROCKEL, Megan A. *et al.* The role of preoperative instructions in parents' understanding of preoperative fasting for outpatient pediatric urology procedures. **Pediatric Surgery International**, [s.l.], v. 36, n. 9, p. 1111-1116, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00383-020-04688-y>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- BROULLÓN DOBARRO, A. *et al.* Análisis retrospectivo de las suspensiones quirúrgicas y de los factores influyentes durante 8 años. **Cirugía Española**, [s.l.], v. 97, p. 213–221, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cireng.2019.03.019>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 36, n. 5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTrnYRw98Rz3drwpJf>. Acesso em: 20 jul. 2022.
- CAREGNATO, R. C. A. *et al.* Educação em enfermagem perioperatória no Brasil: rever o passado para sobreviver ao futuro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 75, n. 3, p. 1–8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0331pt>. Acesso em: 29 out. 2022.
- CHO, H. S. *et al.* Reasons for surgery cancellation in a general hospital: A 10-year study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 1–16, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16010007>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução nº 1.886, de 13 de novembro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 224, 21 de novembro de 2008. seção I, p.271. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2008/1886>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- CONTERATTO, K. D. S. *et al.* Segurança do paciente no perioperatório: evidência dos fatores determinantes do cancelamento cirúrgico. **Journal of Nursing and Health**, [s.l.], v. 10, n. 1, e20101003, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/JONAH.V10I1.14715>. Acesso em: 24 out. 2021.
- CRUZ RODRÍGUEZ, J. Cirugía mayor ambulatoria: antecedentes, evolución y logros. **Gaceta Médica Espirituana**, Sancti Spiritus, v. 22, n. 1, p. 37–48, 2020. Disponível em: <https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1893>. Acesso em: 24 out. 2021.
- CRUZ, M. I.; HERNÁNDEZ, O.; SEPÚLVEDA, D. Causas de cancelación de cirugía programada en una clínica III nivel en Cali en el primer trimestre 2020. **Antimicrobial Agents and Chemotherapy**, [s.l.], v. 58, n. 12, p. 7250–7257, 2020. Disponível em: <https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/5074>. Acesso em: 17 out. 2021.
- DA'AR, O. B.; AL-MUTAIRI, T. How do patient demographics, time-related variables, reasons for cancellation, and clinical procedures affect frequency of same-day operating room surgery cancellation? A maximum likelihood method. **BMC Health Services Research**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 1–9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3247-y%0A>. Acesso em: 13 jan. 2022.

DESTA, M. *et al.* Incidence and causes of cancellations of elective operation on the intended day of surgery at a tertiary referral academic medical center in Ethiopia. **Patient Safety in Surgery**, [s.l.], v. 12, n. 1, p. 4–9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13037-018-0171-3>. Acesso em: 24 out. 2021.

DÍAZ-PÉREZ, A. *et al.* Factors attributable to the cancellation of programmed surgeries. **Cirugia y Cirujanos**. Disponível em: <https://doi.org/10.24875/ciru.20001008>. Acesso em: 3 fev. 2022.

DIOGO, N. *et al.* Como Retomar a Atividade Cirúrgica Eletiva em Ortopedia durante a Pandemia COVID-19? **Acta Médica Portuguesa**, [s.l.], v. 34, n. 4, p. 305–311, 31 mar. 2021. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/15480>. Acesso em: 22 out. 2021.

FASSARELLA, C. S. *et al.* Abordagem qualitativa da cultura de segurança: um olhar dos enfermeiros gestores. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, [s.l.], n. 17, p. 21-29, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.29352/mill0217.20811>. Acesso em: 12 out 2022.

FERREIRA, J; BOTO, P. Cancelamentos de cirurgias eletivas no próprio dia da operação num hospital Português. **Acta medica portuguesa**, [s.l.], v. 34, n. 2, p. 103-110, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.13437>. Acesso em: 15 dez. 2021.

FOWLER, A. J. *et al.* Age of patients undergoing surgery. **British Journal of Surgery**, [s.l.], v. 106, n. 8, p. 1012–1018, 1 jul. 2019. Disponível em: <https://academic.oup.com/bjs/article/106/8/1012-1018/6120807>. Acesso em: 24 out. 2021.

GALLEGO-DELGADO, M. *et al.* Start-up of a Cardiology Day Hospital: Activity, Quality Care and Cost-effectiveness Analysis of the First Year of Operation. **Revista Espanola de Cardiologia**, 2019;72(2):130–137. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2018.04.005>. Acesso em: 17 fev. 2022.

GAMA, B. P.; BOHOMOL, E. Medição da qualidade em centro cirúrgico: quais indicadores utilizamos? **Revista SOBECC**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 143–150, 7 out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000030004>. Acesso em: 24 out. 2021.

GARCIA, M. A. *et al.* Is obesity a risk factor for complications, hospital admissions, and surgical cancellations in ambulatory surgery ? **Revista Espanola de Anestesiologia Y Reanimacion**, [s.l.], v. 62, n. 3, p. 125–132, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2014.03.016> .Acesso em: 24 out. 2021.

GIRONI, L. C. *et al.* The impact of COVID-19 pandemics on dermatologic surgery: real-life data from the Italian Red-Zone. **Journal of Dermatological Treatment**, [s.l.], p. 1–7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09546634.2020.1789044>. Acesso em: 10 out. 2021.

GONÇALVES, R. C. da S. *et al.* Taxa de suspensão cirúrgica: indicador de qualidade da assistência. **Revista SOBECC**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 67–74, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000020002>. Acesso em: 24 set. 2021.

GOUVEIA, J. L. *et al.* Indicador de qualidade em hospital de ensino: características do cancelamento de cirurgias eletivas. **Enfermagem Brasil**, [s.l.], v. 19, n. 4, p. 329–335, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.4218%0AEnfermagem>. Acesso em: 10 out. 2021.

HAMPTON, H *et al.* A. Benefits of Implementing an Enhanced Recovery After Surgery Protocol in Ambulatory Surgery. **Orthopaedic journal of sports medicine**, [s.l.], v. 10, n. 11, p. 23259671221133412, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/23259671221133412>. Acesso em: 09 dez 2022.

HÄNNINEN-KHODA, L.; KOLJONEN, V.; YLÄ-KOTOLA, T. Patient-related reasons for late surgery cancellations in a plastic and reconstructive surgery department. **JPRAS Open**, [s.l.], v. 18, p. 38–48, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352587818300317>. Acesso em: 24 fev. 2022.

HERRERA-USAGRE, Manuel *et al.* Effect of a mobile app on preoperative patient preparation for major ambulatory surgery: protocol for a randomized controlled trial. **JMIR research protocols**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. e10938, 2019. Disponível em: <http://www.researchprotocols.org/2019/1/e10938/>. Acesso em: 17 out. 2021  
<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1747>. Acesso em: 24 out. 2021.

HUYNH, E. *et al.* Can the number of surgery delays and postponements due to unavailable instrumentation be reduced? Evaluating the benefits of enhanced collaboration between the sterilization and orthopedic surgery units. **Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research**, [s.l.], v. 105, n. 3, p. 563–568, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.01.012>. Acesso em: 25 nov. 2021.

JOSHI, Girish P. Enhanced recovery pathways for ambulatory surgery. **Current Opinion in Anesthesiology**, [s.l.], v. 33, n. 6, p. 711–717, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2019.01.007%0A>. Acesso em 10 dez. 2022.

JÚNIOR, F. A. L. *et al.* Cancelamento de procedimentos cirúrgico ambulatoriais: Análise Descritiva em um Hospital de Referência entre 2016/2018. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v. 11, n. 16, p. e1449, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1449.2019>. Acesso em: 11 jan. 2022.

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.aorn.2017.01.011>. Acesso em: 12 out. 2021.

LEE, J. H. Anesthesia for ambulatory surgery. **Korean journal of anesthesiology**, [s.l.], v. 70, n. 4, p. 398–406, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4097/kjae.2017.70.4.398>. Acesso em: 11 jan. 2022.

LIU, S. *et al.* Preoperative assessment clinics and case cancellations : a prospective study from a large medical center in China. **Ann. Transl. Med.**, Hong Kong, v. 9, n. 19, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.21037/atm-21-4665>. Acesso em: 25 abr. 2022.

LIU, X.-J.; LIANG, Y.; YAN, H. Effect of preoperative telephone interview in the cancellation rate of daytime surgery in eye hospitals. **International Eye Science**, [s.l.], v. 22, n. 1, p. 163–166, 2021. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2016063382&from=export>. Acesso em: 1 nov. 2022.

LLANOS, S. *et al.* Renunciations in forefoot surgery. Critical analysis of surgical waiting lists. **Revista Espanola de Cirugia Ortopedica y Traumatologia**, [s.l.], v. 65, n. 2, p. 75–84, mar.-abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recot.2020.06.009>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888441520301132?via%3Dihub>. Acesso em: 18 dez. 2021.

LUNA, A. A. *et al.* Construção e validação de material educativo com orientações pré-operatórias para o paciente adulto e idoso. **Global Clinical Research Journal**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 49–58, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200251>. Acesso em: 19 out. 2022.

MALIZU, E. V.; LASEBIKAN, O. A.; OMOKE, N. I. Orthopedic Day-case Surgery in Nigeria: A Single-center Experience. **Annals of African Surgery**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 52–58–52–58, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4314/aas.v18i1.10>. Acesso em: 11 dez. 2021.

MATZEK, L. J. *et al.* Same-Day Cancellation in Vascular Surgery: 10-Year Review at a Large Tertiary Care Center. **Annals of Vascular Surgery**, [s.l.], v. 62, p. 349–355, jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2019.06.036>. Acesso em: 19 set. 2022.

MIRI BONJAR, M. R. *et al.* Impact of the Health Transformation Plan on the Number of Surgical Operations and Their Cancellation. **Inquiry (United States)**, [s.l.], v. 56, p. 1–8, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0046958019846385>. Acesso em: 11 set. 2021

MORAES, G. P. S. de *et al.* Fatores clínicos e organizacionais relacionados à suspensão de procedimentos cirúrgicos. **Rev. enferm. UFPE on line**, [s.l.], p. 2645-2653, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1032172>. Acesso em: 18 set. 2021.

NUNES, J. S. *et al.* Quality indicators in ambulatory surgery: A literature review comparing portuguese and international systems. **Acta Medica Portuguesa**, [s.l.], v. 31, n. 7–8, p. 425–430, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.10416>. Acesso em: 13 set. 2021.

OGWAL, A. *et al.* Prevalence and Predictors of Cancellation of Elective Surgical Procedures at a Tertiary Hospital in Uganda: A Cross-Sectional Study. **Surgery Research and Practice**, [s.l.], v. 2020, p. 1–7, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32258365/>. Acesso em: 18 set. 2021.

OLIVEIRA, J. M. T. *et al.* Cancellation on the day of surgery in an ambulatory setting due to patient factors: A preliminary study. **Acta Medica Portuguesa**, [s.l.], v. 34, n. 13, p. 1–12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-192291/v1>. Acesso em: 10 out. 2021  
 OLOTU, C. *et al.* The perioperative care of older patients: time for a new, interdisciplinary approach. **Deutsches Ärzteblatt International**, [s.l.], v. 116, n. 5, p. 63, 2019. Disponível em: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2019.0063>. Acesso em: 13 set. 2021.

PEREIRA, E. B. F. e *et al.* Cancelamento cirúrgico: percepção de enfermeiros do bloco operatório. **Revista SOBECC**, v. 26, n. 1, p. 21-26, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/fr/biblio-1177427>. Acesso em 12 mar. 2022.

PINHEIRO, S. L. *et al.* Taxa de cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade em hospital universitário público. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, p. e-1014, 2017. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170024>. Acesso em: 25 jan. 2022.

PINHEIRO, L. D. P. S. *et al.* Cancelamento cirúrgico ambulatorial: uma revisão integrativa **Revista Enfermagem UERJ**, [s.l.], v. 30, e-66477, 2023. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/66477>. Acesso em: 24 jan. 2023.

PINTO, J.; SARNADAS, L. Tradução e adaptação do Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture para a cultura portuguesa. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v. 5, n. 1, e19062, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388263105005>. Acesso em: 27 jul. 2021.

PYNE, S. G. *et al.* Patient Selection Criteria in Ambulatory Surgery – A Single-Center Experience to Reflect on Development, Implementation and Evaluation of Its Impact. **Ambulatory Surgery**, [s.l.], v. 27, n. 4, p. 64–68, 2021. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2017763047&from=export>. Acesso em: 27 set. 2022.

RANGEL, S. T. *et al.* Ocorrência e motivos da suspensão de cirurgias eletivas em um hospital de referência. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 119–123, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2446-5682.20190019>. Acesso em: 10 nov. 2021.

REECE, K. *et al.* Determining future capacity for an Ambulatory Surgical Center with discrete event simulation. **International Journal of Healthcare Management**, [s.l.], v. 14, n. 3, p. 920-925, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20479700.2020.1720940>. Acesso em: 27 set. 2021.

REZENDE, C. S.; RISI, L. R. Construção e análise de indicador de qualidade relacionado ao cancelamento cirúrgico em um hospital universitário em tempos de COVID-19. **Global Academic Nursing Journal**, [s.l.], v. 2, n. spe2, p. e106, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200106>. Acesso em: 29 dez. 2021.

RIGGS, K. R.; BASS, E. B.; SEGAL, J. B. Role of patient- and surgery-specific risk in receipt of outpatient preoperative testing. **Perioperative Care and Operating Room Management**, [s.l.], v. 10, n., p. 18–26, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2018.03.001>. Acesso em 10 jun. 2021

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Decreto nº 50.672, de 25 de abril de 2022. Revoga o Decreto Rio nº 49.894, de 1º de dezembro de 2021 e o artigo 1º, do Decreto Rio nº 50.308, de 7 de março de 2022. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=430783>. Acesso em: 2 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Decreto n° 49.334, de 26 de agosto de 2021. Dispõe como medida sanitária de caráter excepcional, sobre a obrigatoriedade de comprovação da vacinação contra COVID-19 para a realização de cirurgias eletivas em unidades de saúde públicas e privadas, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**: atos do prefeito: poder executivo, Rio de Janeiro, ano. 35, n. 119, 27 ago. 2021. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=419424>. Acesso em: 5 out. 2022.

RODRIGUES, A. L. *et al.* Fluxo de trabalho e tomada de decisão do enfermeiro de centro cirúrgico: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190387>. Acesso em 15 jun. 2021.

ROTHROCK, J. C. **Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente Cirúrgico**. Donna R. MCEwen; [tradução José Eduardo Ferreira de Figueiredo et al.] 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SALEHNEJAD, R.; ALI, M.; PROUDLOVE, N. Combining regression trees and panel regression for exploring and testing the impact of complementary management practices on short-notice elective operation cancellation rates. **Health Systems**, [s.l.], v. 9, n. 4, p. 326–344, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/20476965.2019.1596338>. Acesso em 15 jun. 2021.

SAMPAIO, C. E. P.; GONÇALVES, R. A.; JÚNIOR, H. C. S. Determinação dos fatores da suspensão de cirurgia e suas contribuições para assistência de enfermagem Determination of surgery suspension factors and their contributions with nursing assistance. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 8, n. 3, p. 4813-4820, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4813-4820>. Acesso em: 19 mar. 2022.

SANTOS, G. R. S. *et al.* Ruídos na comunicação durante a passagem da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. **Text & Context-Enfermagem**, [s.l.], v. 28, p. e20180014, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0014>. Acesso em: 12 set. 2022.

SEGNINI, F. J.; DOMÍNGUEZ-TORRES, L. C.; VEGA-PEÑA, N. V. Cancellation of elective surgical procedures: A research agenda in Colombia. **Iatreia**, [s.l.], v. 35, n. 2, p. 175–182, 2022. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2016546899&from=export>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SERBAN, D. *et al.* Safe Surgery in Day Care Centers: Focus on Preventing Medical Legal Issues. **Romanian Journal of Legal Medicine**, [s.l.], v. 29, n. 1, p. 60–64, 15 jan. 2021. Disponível em: <https://www.rjlm.ro/index.php/arhiv/856>. Acesso em: 12 dez. 2021.

SILVA, G. O. *et al.* Vigilância em saúde na pandemia da COVID-19: retomada das atividades eletivas em rede de hospitais de ensino. **Vigilância Sanitária em Debate**, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 47–54, 26 fev. 2021. Disponível em:

SILVA, L. E. *et al.* Elective surgeries in the “new normal” post-COVID-19 pandemic: to test or do not test? **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [s.l.], v. 47, n. 1, p. 1–7, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912020000100307&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912020000100307&tlng=en). Acesso em: 15 nov. 2021.

SILVA, M. V. G. *et al.* Causas institucionais para cancelamento de cirurgias eletivas. **Revista SOBECC**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 179–186, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio1122818?src=similardocs>. Acesso em: 07 Abr. 2021.

SILVA, S. *et al.* Perioperative safety indicators: surgery cancellation and immediate postoperative complications. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, [s.l.], v. 42, n. 1, p. 1–8, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/46808/751375149923>. Acesso em: 24 out. 2022.

SINGH, H. *et al.* No Patients Having Elective Outpatient Orthopaedic Surgery Performed in an Ambulatory Surgery Center Using Preoperative Screening Protocols During the Coronavirus Pandemic Developed COVID-19. **Arthroscopy, Sports Medicine, and Rehabilitation**, [s.l.], v. 3, n. 4, p. e1141–e1146. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.asmr.2021.05.001>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SMITH, B. B. *et al.* Same-day cancellation in ambulatory surgery. **Journal of Ambulatory Care Management**, [s.l.], v. 41, n. 2, p. 118-127, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000226>. Acesso em: 29 jan. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA AMBULATORIAL. SOBRACAM. [S.l.]: SOBRACAM, c2020. Disponível em: <https://sobracam.com.br/>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SOLAK, A. K. *et al.* Elective case cancellation on the day of surgery at a general hospital in Sarajevo: causes and possible solutions. **Materia Socio-Medica**, [s.l.], v. 31, n. 1, p. 49, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6511384/>. Acesso em: 10 set. 2021.

SOMMER, J. L.; JACOBSON, E.; EL-GABALAWY, R. Impacts of elective surgical cancellations and postponements in Canada. **Canadian Journal of Anesthesia**, [s.l.], v. 68, n. 3, p. 315–323, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01824-z>. Acesso em: 10 jul. 2022.

SOREIDE, K. *et al.* Immediate and long-term impact of the COVID-19 pandemic on delivery of surgical services. **British Journal of Surgery**, [s.l.], v. 107, n. 10, p. 1250–1261, 24 ago. 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/bjs/article/107/10/1250-1261/6139419>. Acesso em: 29 set. 2021.

SOUSA, L. M. M. *et al.* Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. **Revista Investigação em Enfermagem**, [s.l.], p. 31-39, maio 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/325699143\\_%0AMODELOS\\_DE\\_FORMULACA\\_O\\_DA\\_%0AQUESTAO\\_DE\\_INVESTIGACAO\\_NA\\_%0APRATICA\\_BASEADA\\_NA\\_EVIDENCIA](https://www.researchgate.net/publication/325699143_%0AMODELOS_DE_FORMULACA_O_DA_%0AQUESTAO_DE_INVESTIGACAO_NA_%0APRATICA_BASEADA_NA_EVIDENCIA). Acesso em: 2 fev. 2022.

STANAK, M.; STROHMAIER, C. Minimum volume standards in day surgery: a systematic review. **BMC Health Services Research**, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 886, 2020. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05724-2>. Acesso em: 10 set. 2021.

STEPHANIE, C. *et al.* Outpatients' perception of their preoperative information regarding their health literacy skills and their preoperative anxiety level: Protocol for a prospective multicenter cross-sectional study. **Medicine**, [s.l.], v. 100, n. 20, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000026018>. Acesso em: 19 mar. 2022.

TALALWAH, N. A; MCILTROT, K. H. Cancellation of Surgeries : Integrative **Review**. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, [s.l.], v. 34, n. 1, p. 86–96, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.012>. Acesso em: 02 set. 2021.

TAMIASSO, R. S. S. *et al.* Ferramentas de gestão de qualidade como estratégias para redução do cancelamento e atrasos de cirurgias. **Revista SOBECC**, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 96–102, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800020007>. Acesso em: 19 dez. 2021.

TAN, A. L. *et al.* Risk factors and reasons for cancellation within 24 h of scheduled elective surgery in an academic medical centre: A cohort study. **International Journal of Surgery**, [s.l.], v. 66, p.72–78, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2019.04.009>. Acesso em: 17 jan. 2022.

TEIXEIRA, N. F. *et al.* Planejamento do principal recurso material utilizado em sala operatória TT - Planning of the main material resource used in the operating room. **Revista Enfermagem UFPE on line**, [s.l.], v. 13, n. 5, p. 1223–1230, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239011/32134>. Acesso em: 10 set. 2021

TURUNEN, E. *et al.* Elective Surgery Cancellations During the Time Between Scheduling and Operation. **Journal of Perianesthesia Nursing**, [s.l.], v. 34, n. 1, p. 97–107, 1 fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.014>. Acesso em: 17 nov. 2021.

TURUNEN, E. *et al.* The impact of a structured preoperative protocol on day of surgery cancellations. **Journal of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 27, n. 1–2, p. 288–305, 2018. Disponível em: <https://doi-org.ez83.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jocn.13896>. Acesso em: 15 out. 2021.

VIFTRUP, A. *et al.* Surgery cancellation: A scoping review of patients' experiences. **Journal of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 30, n. 3–4, p. 357–371, 2021. Disponível em: <https://doi-org.ez83.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jocn.15582>. Acesso em: 15 ago. 2022.

VON ELM, E. *et al.* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. **J. Clin. Epidemiol.**, New York, v. 61, n. 4, p. 344–349, Apr. 2008. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.008. Disponível em: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>. Acesso em: 10 nov. 2021.

WALSH, M. T. Improving outcomes in ambulatory anesthesia by identifying high risk patients. **Current Opinion in Anaesthesiology**, [s.l.], v. 31, n. 6, p. 659–666, 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/00001503-201812000-00003>. Acesso em: 15 nov. 2021.

WANG, L. *et al.* Operating room planning and scheduling for outpatients and inpatients: A review and future research. **Operations Research for Health Care**, [s.l.], v. 31, p. 100323, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.orhc.2021.100323>. Acesso em: 12 abr. 2022.

WONGTANGMAN, K. *et al.* Incidence and predictors of case cancellation within 24 h in patients scheduled for elective surgical procedures. **Journal of Clinical Anesthesia**, [s.l.], v. 83, n. June, p. 110987, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2022.110987>. Acesso em: 02 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. [S.l.]: WHO, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343477>. Acesso em: 27 set. 2022.

WU, Q. *et al.* Establishing nursing-sensitive quality indicators for the operating room: A cross-sectional Delphi survey conducted in China. **Australian Critical Care**, [s.l.], v. 30 p.44–52, 2017. Contents 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.04.003>. Acesso em: 10 set. 2021.

YU, W.; HE, M.; LUO, H. Causes of cancellation on the ophthalmic ambulatory surgery at West China hospital Sichuan university. In: **2020 International Conference on Public Health and Data Science (ICPHDS)**. [S.l.]: IEEE, 2020. p. 448-453. Disponível em: <https://ieeexplore.ieee.org/document/9361951>. Acesso em: 22 jan. 2022.

ZHU, L. *et al.* Applying lean six sigma to reduce the incidence of unplanned surgery cancellation at a large comprehensive tertiary hospital in China. **INQUIRY: the journal of health care organization, provision, and financing**, [s.l.], v. 57, p. 0046958020953997, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0046958020953997>. Acesso em: 28 mar. 2022.

ZIETLOW, K E. *et al.* Perioperative Optimization of Senior Health (POSH): a descriptive analysis of cancelled surgery. **World journal of surgery**, [s.l.], v. 45, n. 1, p. 109-115, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05772-z%0AORIGINAL>. Acesso em: 22 fev. 2022.

## APÊNDICE A – Cronograma

### Cronograma de Projeto de Pesquisa

Data: 28 de outubro de 2021.

Nome do Projeto: Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial

Pesquisador responsável: Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro

Orientador(a): Dra Cintia Silva Fassarella

Instituição/Unidade/Departamento: PPC/UERJ

Fonte (Instituição): UERJ

n.	Atividades	2021						2022						2023										
		jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr
1	Início das aulas																							
2	Disciplinas																							
3	Revisão bibliográfica																							
4	Construção do artigo de revisão integrativa																							
5	Discussão dos resultados da revisão																							
6	Ajustes finais do artigo																							
7	Submissão do artigo																							
8	Elaboração do projeto																							
9	Construção da introdução																							
10	Construção da Metodologia																							
11	Construção do referencial temático																							
12	Construção das referências																							
13	Submissão ao CEP																							
14	Encaminhamento aos pareceristas																							
15	Ajustes																							
16	Liberação do CEP para coleta de dados																							
17	Ajuste do projeto e submissão do adendo do projeto ao CEP																							
18	Tramitação CEP																							
19	Coleta de dados (após aprovação do adendo pelo CEP)																							
20	Tabulação dos dados																							
21	Análise dos resultados																							
22	Discussão dos dados e conclusão																							
23	Qualificação da dissertação																							
24	Ajustes																							
25	Conclusão do trabalho																							
26	Defesa																							

Assinatura do pesquisador :

*Liliane Duarte P. S. Pinheiro*

Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro

## APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE CANCELAMENTO CIRÚRGICO					
Data do cancelamento: ___/___/___	Idade: ___	Data de nasc: ___/___/___	Sexo: ( ) F ( ) M	Especialidade ( ) CG ( ) PLAST ( ) VAS ( ) PERIO ( ) PROCTO ( ) URO ( ) outra: _____	
Classificação de ASA ( ) ASA I ( ) ASA II ( ) ASA III ( ) Não informado			Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) viúvo ( ) não informado ( ) outro: _____		
E escolaridade: ( ) superior completo ( ) superior incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino fundamental incompleto ( ) analfabeto ( ) não informado					
Situação ocupacional: ( ) trabalho formal ( ) trabalho informal ( ) desempregado ( ) aposentado ( ) estudante ( ) outro: _____ ( ) não informado					
Causas do cancelamento					
( ) Causas institucionais		( ) Causas clínicas		( ) Causas do paciente	
A) ( ) falta de imaterial. Especificar:		A) ( ) descompensação de comorbidade. Especificar:		A) ( ) desistência do paciente	
B) ( ) falta de profissional. Especificar:		B) ( ) sintoma gripal. Especificar:		B) ( ) falta de jejum pré-operatório	
C) ( ) falta/ defeito de equipamento. Especificar:		D) ( ) teste RT-PCR para Covid -19 positivo ou inconclusivo		C) ( ) uso de adornos. Especificar:	
D) ( ) falta de condições estruturais. Especificar:		E) ( ) comorbidade incompatível com cirurgia ambulatorial		D) ( ) falta de acompanhante	
E) ( ) previsão de término após horário da instituição		D) ( ) Outro. Especificar:		E) ( ) falta do paciente	
F) ( ) mudança de data cirúrgica				F) ( ) não realizou teste RT-PCR para Covid 19	
G) ( ) falta de medicamento. Especificar:				G) ( ) esqueceu exames pré-operatórios	
H) ( ) Falta de leito em hospital de apoio				H) ( ) falta de comprovante vacinal contra Covid-19	
I) ( ) mudança do planejamento cirúrgico				I) ( ) Outro. Especificar:	
J) ( ) Outro. Especificar:					
Momento do cancelamento					
( ) No dia anterior			( ) No mesmo dia		
Período perioperatório do cancelamento					
( ) Na admissão		( ) Na sala de espera pré operatória		( ) Na sala operatória	
Ações/ procedimentos realizados até o cancelamento					
A) O paciente realizou troca de roupa? ( ) sim ( ) não		B) Foram verificados os sinais vitais do paciente? ( ) sim ( ) não		C) Acesso venoso foi puncionado? ( ) sim ( ) não	
D) Medições anestésicas aspiradas? ( ) sim ( ) não		E) A caixa de instrumental foi aberta na sala operatória? ( ) sim ( ) não		F) Os materiais descartáveis foram abertos? ( ) sim ( ) não	
G) Anestesia realizada? ( ) sim ( ) não		H) ( ) Outro. Especificar:			

**APÊNDICE C – Orçamento da pesquisa**

**ORÇAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA**

Data: 28 de outubro de 2021

Nome do Projeto: Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial

Pesquisador responsável: Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro

Orientador (a): Dra. Cintia Silva Fassarella

Instituição/Unidade/Departamento: PPC/UERJ

Fonte (Instituição): UERJ

	VALOR US\$	VALOR US\$
<b>MATERIAL PERMANENTE</b>	--	--
<b>MATERIAL DE CONSUMO</b>	--	<b>450,00</b>
<b>SERVIÇOS DE TERCEIROS</b>	--	<b>700,00</b>
<b>HONORÁRIO DO PESQUISADOR</b>	--	--
<b>DESPESAS COM PARTICIPANTES DA PESQUISA</b>	--	--
		--
<b>TOTAL</b>		<b>1150,00</b>
Assinatura do pesquisador:	<i>Liliane Duarte P.S. Pinheiro</i>	

**APÊNDICE D - Declaração de isenção de custos à unidade****DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE CUSTOS**

**Instituição/Departamento:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro- Mestrado Acadêmico

**Local da coleta de dados:** Unidade de cirurgia ambulatorial da Policlínica Piquet Carneiro

Eu, Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro ,declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada: Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial, está sob minha responsabilidade e não irá gerar custo de qualquer natureza para a instituição envolvida, nem tampouco a qualquer participante.

Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro  
Nome do(a) pesquisador(a) responsável

*Liliane Duarte P.S. Pinheiro*  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

28/10/2021  
Data

## ANEXO A – Cancelamento cirúrgico ambulatorial: uma revisão integrativa (artigo científico)



Artigo de Revisão  
Review Article  
Artículo de Revisión

Pinheiro LDPS, Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Ribeiro OMPL, Romero LB  
Cancelamento cirúrgico ambulatorial

DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.66477>

## Cancelamento cirúrgico ambulatorial: uma revisão integrativa

*Cancellation of outpatient surgery: an integrative review*

*Cancelación quirúrgica ambulatoria: una revisión integradora*

Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro<sup>1</sup>; Cintia Silva Fassarella<sup>2</sup>; Flávia Giron Camerini<sup>2</sup>;  
Danielle de Mendonça Henrique<sup>1</sup>; Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro<sup>1</sup>; Lílian Burguez Romero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil; <sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal

### RESUMO

**Objetivo:** discutir as evidências científicas sobre as causas de cancelamento em cirurgia ambulatorial. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa com busca nas bases de dados eletrônicas Medline, Embase, Lilacs, Cinahl, Web of Science e Scopus, a partir dos termos controlados *Ambulatory Surgical Procedures, Ambulatory Surgery, Suspension* e termos livres sinônimos. **Resultados:** selecionaram-se 13 estudos. O país com menor taxa de cancelamento cirúrgico ambulatorial foi os Estados Unidos com 0,5%, e o maior, a Nigéria com 25,40%. Foram encontradas 53 causas de cancelamento em cirurgia ambulatorial, das quais agrupou-se em três categorias: fatores do paciente, clínicos e institucionais. **Conclusão:** Evidencia-se que as causas de cancelamento cirúrgico ambulatorial foram diversas e comuns nas instituições, sendo o absenteísmo do paciente no dia do procedimento agendado a causa mais frequente, demonstrando que estratégias assistenciais e de gestão precisam ser realizadas.

**Descritores:** Enfermagem Perioperatória; Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios; Suspensão de Tratamento.

### ABSTRACT

**Objective:** to discuss the scientific evidence on the causes of cancellation in outpatient surgery. **Method:** this integrative review involved searching the Medline, Embase, Lilacs, Cinahl, Web of Science and Scopus electronic databases using the controlled terms *Ambulatory Surgical Procedures, Ambulatory Surgery, Suspension* and free synonyms. **Results:** 13 studies were selected. By country, the United States, with 0.5%, had the lowest outpatient surgery cancellation rate, and Nigeria, with 25.40%, the highest. The fifty-three causes of outpatient surgery cancellation found were grouped into three categories: patient, clinical, and institutional factors. **Conclusion:** the causes of outpatient surgical cancellation were found to be diverse and common in institutions, the most frequent cause being patient absence on the day of the scheduled procedure, demonstrating that care and management strategies need to be developed and applied.

**Descriptors:** Perioperative Nursing; Ambulatory Surgical Procedures; Withholding Treatment.

### RESUMEN

**Objetivo:** discutir la evidencia científica sobre las causas de cancelación en cirugía ambulatoria. **Método:** se trata de una revisión integradora con búsqueda en las bases electrónicas de datos Medline, Embase, Lilacs, Cinahl, Web of Science y Scopus, utilizando los términos controlados *Ambulatory Surgical Procedures, Ambulatory Surgery, Suspension* y términos sinónimos libres. **Resultados:** se seleccionaron 13 estudios. El país con la tasa de cancelación quirúrgica ambulatoria más baja fue Estados Unidos con un 0,5% y el de más alta Nigeria, con un 25,40%. Se encontraron 53 causas de cancelación en cirugía ambulatoria, las cuales se agruparon en tres categorías: factores del paciente, clínicos e institucionales. **Conclusión:** Se pone en evidencia que las causas de cancelación de cirugía ambulatoria fueron diversas y comunes en las instituciones, siendo la causa más frecuente el absentismo del paciente el día del procedimiento programado, demostrando que es necesario realizar estrategias de atención y de gestión.

**Descriptores:** Enfermagem Perioperatória; Procedimientos Quirúrgicos Ambulatórios; Privación de Tratamiento.

## INTRODUÇÃO

O cancelamento cirúrgico foi definido como qualquer operação programada que não foi realizada no dia previsto<sup>1</sup>. Observa-se em diferentes países que é uma questão recorrente, trazendo prejuízos ao paciente e seus familiares, aos profissionais envolvidos, à instituição e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Embora não haja consenso na literatura quanto à taxa de cancelamento cirúrgico, baixas taxas podem refletir um serviço cirúrgico com mais qualidade e eficiência<sup>2</sup>.

A sala de cirurgia apresenta uma das maiores fontes de receita da instituição de saúde, contudo pode ser considerada uma das partes mais onerosas no que tange aos cuidados cirúrgicos, desprendendo elevados custos com recursos humanos e materiais. Dessa forma, torna-se fundamental a adequada utilização das salas cirúrgicas, investigando as causas de cancelamento, evitando assim o impacto econômico e ônus financeiro para unidades de saúde que realizam cirurgias ambulatoriais<sup>3,4</sup>.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) - processos E-26/010.100932/2018 e E-26/010.002691/2019.

Autora correspondente: Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro E-mail: [lilidpsp@gmail.com](mailto:lilidpsp@gmail.com)

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Magda Guimarães de Araujo Faria

Recebido em: 11/04/2022 – Aprovado em: 01/09/2022

Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2022; 30:e66477



p.1

## ANEXO B - Carta de anuência

**CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**

Ilmo Sr. Prof. Dr. Rogério Rufino,

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial" a ser realizada na Policlínica Piquet Carneiro, por Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro, da instituição Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Analisar as causas de cancelamento cirúrgico em pacientes maiores de 18 anos, em uma unidade de cirurgia ambulatorial universitária integrante do SUS; identificar as causas de cancelamento em cirurgia ambulatorial; escrever a relação do cancelamento cirúrgico ambulatorial com os dados sociodemográficos, perfil clínico, especialidades cirúrgicas, tipo de cirurgia, tipo de anestesia e momento do cancelamento e verificar a taxa de cancelamento cirúrgico mensal e por especialidade necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de centro cirúrgico, nos arquivos internos sobre os cancelamentos e prontuário eletrônico da instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Rio de Janeiro, 08 de novembro de 2021.

*Liliane Duarte P. S. Pinheiro*

**Pesquisador(a) Responsável do Projeto**

Concordamos com a solicitação     Não concordamos com a solicitação

*Rogério Lopes Rufino Alves*  
**Prof. Dr. Rogério Rufino**  
 Diretor da Policlínica Piquet Carneiro UERJ

Prof. Rogério Lopes Rufino Alves  
 Diretor Geral  
 Policlínica Piquet Carneiro  
 Matr. UERJ 39502-0/ID. 2552594-8

## ANEXO C – Declaração de ciência do chefe do serviço


 UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO
 

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONFIDENCIALIDADE**

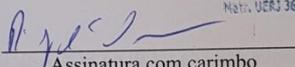
Declaro para os devidos fins que a Unidade de cirurgia ambulatorial (UCAMB) da Policlínica Piquet Carneiro-UERJ, sabe do interesse e estamos de acordo com a condução na realização da Pesquisa: Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial, sendo os responsáveis o autor Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro e orientador Profa. Dra. Cintia Silva Fassarella e não nos opomos que a mesma seja realizada. O projeto só poderá começar após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da UERJ.

Período de coleta dos dados:(01/04/2022 à 30/09/2022) os dados serão coletados através de:

( ) ENTREVISTA ( ) QUESTIONÁRIO ( X ) PRONTUÁRIO ELETRÔNICO  
 ( X ) OUTROS: REGISTRO INTERNO DOS CANCELAMENTOS CIRÚRGICOS

*Diego da Silva Moreira*  
 Enfermeiro  
 Policlínica Piquet Carneiro  
 Matr. UERJ 36696-3 COREN 289.145

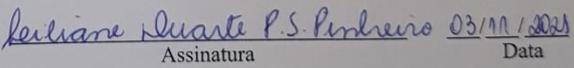
Diego Silva Moreira  
 Responsável da Unidade/Serviço

  
 Assinatura com carimbo

*03/11/2024*  
 Data

Declaro que me responsabilizando pelo andamento, realização e conclusão do projeto, seguir as resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde bem como as complementares, o compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados e comprometendo-me a enviar relatórios a qualquer momento, se o estudo for interrompido e quando da sua conclusão. Comprometo a preservar a privacidade dos participantes e declaro que as informações provenientes da pesquisa serão utilizadas, única, exclusivamente para a execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a posse e guarda do(a) pesquisador(a) responsável pelo projeto por um período mínimo de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

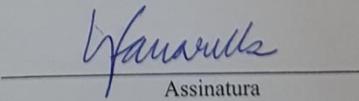
Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro  
 Pesquisador responsável

  
 Assinatura

*03/11/2024*  
 Data

Declaro estar ciente e de acordo com a apresentação do projeto de pesquisa sob minha responsabilidade a ser desenvolvido pelo autor.

Cintia Silva Fassarella  
 Orientador responsável

  
 Assinatura

*03/11/2024*  
 Data

1/2



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO



**VÍNCULO DO PESQUISADOR PRINCIPAL**

**PROJETO DE**

( ) Graduação ( ) Especialização (x) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Nome da Faculdade/Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

**PPC/UERJ**

(x) Servidor ( ) Contratado ( ) Residente (x) Aluno ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Serviço: Unidade de cirurgia ambulatorial (UCAMB) - Tel: 2334-2416  
Disciplina: Programa de Pós Graduação em Enfermagem - UERJ Tel: /2567-8177

**INSTITUIÇÃO EXTERNA\*** (PESQUISADOR QUE NÃO TEM VÍNCULO DIRETO COM A PPC/UERJ)

( ) Orientador/Co-orientador da PPC/UERJ ( ) Indicação da CONEP ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Serviço/Disciplina: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
\*(Apresentar Declaração de identificação da Instituição a que está vinculado o pesquisador)

Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro  
Pesquisador responsável

*Liliane Duarte P.S. Pinheiro* 03/11/2021  
Assinatura Data

## ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial

**Pesquisador:** LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 55506721.1.0000.5282

**Instituição Proponente:** Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.237.090

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado, cuja pesquisadora principal é Liliâne D. P. S. Pinheiro e tem como orientadora Cintia S. Fassarella. O projeto propõe-se a fazer um estudo "transversal analítico, apresentado com o suporte da ferramenta STROBE®, a partir de análise documental em prontuário eletrônico e registro interno da instituição. O local de coleta de dados será uma unidade de cirurgia ambulatorial em uma policlínica universitária integrante do SUS, situado no município do Rio de Janeiro. A população e amostragem do estudo serão os registros de cirurgias agendadas, realizadas e canceladas, no intervalo de tempo entre agosto de 2021 a julho de 2022, por meio de amostragem não probabilística, por critérios de conveniência. Os critérios de inclusão serão as cirurgias agendadas e canceladas de pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, dentro das especialidades de cirurgias: plástica, geral, vascular, periorbital, cirurgia proctológica e projeto saúde do homem. Os critérios de exclusão serão as cirurgias agendadas e canceladas da especialidade do Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais (CTAC), por não terem disponibilidade de sala estabelecida, realizando procedimentos em intervalos irregulares devido à complexidade de seus pacientes. O instrumento de coleta de dados será construído pela autora, a partir das variáveis de dados sociodemográficos, as causas de cancelamento da cirurgia, o dia e período transoperatório. As variáveis inerentes ao perfil dos pacientes serão sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação ocupacional e a classificação de ASA. Quanto às causas de cancelamento, as variáveis serão: a especialidade cirúrgica, cirurgia e anestesia propostas, a

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 5.237.090

realização ou não realização de: telemonitoramento pela equipe de enfermagem, consulta de enfermagem pré-operatória e consulta pré-anestésica. Quanto as causas de cancelamento serão elencadas como causas institucionais, causas externas à policlínica, causas clínicas e causas pessoais do paciente. Em relação ao momento do cancelamento será verificado se o mesmo ocorreu no dia anterior ou no dia da cirurgia. Quando a ocorrência se der no dia da cirurgia será categorizado a fase do período transoperatório que se deu o cancelamento, para isso será avaliado se foi durante a admissão na unidade, após entrada na sala de espera pré-operatória ou após entrada na sala operatória e as ações desenvolvidas em cada fase conforme consta no instrumento de coleta de dados. A coleta se dará após aprovação do CEP. Para a organização dos dados será elaborada uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel® 2010, para análise das informações com testes de independência de variáveis. Após a organização, os dados obtidos serão analisados através de estatística descritiva analítica, apresentando seus valores absolutos, relativos, média, mediana, desvio padrão.

Com relação aos princípios éticos e legais o projeto diz que: "serão respeitados e a condução do estudo com a coleta de dados se dará após submissão à Plataforma Brasil e aprovação através do parecer do CEP da instituição envolvida respeitando as diretrizes descritas nas Resoluções do CNS Nº 466/2012 e 510/2016, bem como apreciação e análise da autorização das instâncias administrativas e de Enfermagem da respectiva policlínica para acesso aos dados no setor . Os dados serão coletados e analisados de prontuário eletrônico, de forma cegada (sem identificação do paciente) com rigor e cuidado, sem interferência na assistência do paciente durante seu tratamento na instituição, respeitando-se a integridade das informações e conservados de forma sigilosa e científica, para que não haja qualquer tipo de identificação, nem revelação de dados dos sujeitos. As informações serão utilizadas apenas para o fim proposto."

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 5.237.090

**Objetivo da Pesquisa:**

Tem como objetivo primário:

Analisar as causas de cancelamento cirúrgico em pacientes maiores de 18 anos, em uma unidade de cirurgia ambulatorial universitária integrante do SUS.

E, como objetivos secundários:

- a) Identificar as causas de cancelamento em cirurgia ambulatorial.
- b) Descrever a relação do cancelamento cirúrgico ambulatorial com os dados sociodemográficos, perfil clínico, especialidades cirúrgicas, tipo de cirurgia, tipo de anestesia e momento do cancelamento.
- c) Verificar a taxa de cancelamento cirúrgico mensal e por especialidade.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto relata que os riscos são mínimos e solicita dispensa de TCLE com a devida justificativa de que a coleta será realizada de forma cegada (sem identificação dos pacientes). Sendo assim, "referente aos riscos da pesquisa cabe ressaltar que são mínimos. Entende-se que terá acesso aos dados da instituição, sem nomear os pacientes. Culminando assim na preservação e garantia do anonimato."

E quanto aos benefícios, indica que a pesquisa será capaz de proporcionar uma reflexão crítica das causas de cancelamento no contexto da cirurgia ambulatorial, como também subsidiar a adoção de estratégias para redução dos cancelamentos evitáveis, reduzindo os prejuízos aos pacientes e seus familiares, diminuindo os custos, o que pode impactar em recursos materiais e humanos à instituição.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem desenvolvido, com as devidas concepções teórico-metodológicas. Cabendo ressaltar que há uma ênfase nos preceitos legais e éticos ao apresentar o detalhamento das ações bem como a documentação que lhe dá respaldo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: Devidamente assinada e carimbada pelo pesquisador e pelo Dir. Geral da Policlínica Piquet Carneiro, Prof. Dr. Rogério Rufino Alves.

TCLE\_ dispensa- Apresentada a justificativa de dispensa de TCLE, tendo em vista que a proposta é fazer um coleta cegada de dados.

Instrumento de coleta de dados: apresentado e nota-se que não há identificação do usuário,

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 5.237.090

somente informações como idade, sexo, grau de instrução, etc..

Cronograma: apresentado com o devido detalhamento. Coleta a iniciar em abril de 2022.

Orçamento: foi apresentado: financiamento próprio, detalhado.

Carta de autorização institucional: Foram apresentados três TAI: A- Direção Geral da Policlínica Piquet Carneiro, devidamente assinada; B- Coordenação de Enfermagem;

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para fevereiro de 2023. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.<sup>a</sup> que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1843289.pdf	06/01/2022 18:43:22		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_assinada_direcaoopc.pdf	06/01/2022 18:42:37	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_para_CEP.pdf	17/11/2021 16:50:27	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Outros	instrumento_de_coleta_de_dados_para_cep_pdf.pdf	13/11/2021 01:03:36	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 5.237.090

Outros	curriculo_lattes_cintia_silva_fassarella.pdf	13/11/2021 00:54:47	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Outros	curriculo_lattes_liliane_duarte.pdf	13/11/2021 00:53:37	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_e_confabilidade_do_chefe_do_setor_Diego.pdf	13/11/2021 00:51:02	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Orçamento	orcamento_pdf.pdf	13/11/2021 00:48:10	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_com_instituicao_pdf.pdf	13/11/2021 00:47:35	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Declaração de concordância	carta_de_anuencia_assinada.pdf.pdf	13/11/2021 00:46:41	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Cronograma	Cronograma_para_o_cep_pdf.pdf	13/11/2021 00:40:19	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_justificativa_de_dispensa_de_TCLEpdf.pdf	13/11/2021 00:34:00	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 10 de Fevereiro de 2022

Assinado por:  
**ALBA LUCIA CASTELO BRANCO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

## ANEXO E - Adendo ao Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial

**Pesquisador:** LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55506721.1.0000.5282

**Instituição Proponente:** Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.577.942

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se da apresentação da primeira Emenda ao Projeto de pesquisa intitulado "Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial" cuja pesquisadora responsável é Liliâne Duarte P. S. Pinheiro.

O estudo está assim descrito: "estudo transversal analítico, apresentado com o suporte da ferramenta STROBE®, a partir de análise documental em prontuário eletrônico e registro interno da instituição. O cenário será o centro cirúrgico ambulatorial de uma policlínica universitária integrante do Sistema Único de Saúde do município do Rio de Janeiro. A população e amostragem do estudo serão os registros de cirurgias agendadas, realizadas e canceladas, no intervalo de tempo entre agosto de 2021 a julho de 2022. Os critérios de inclusão serão as cirurgias agendadas e canceladas dos pacientes de ambos os sexos dentro das especialidades de cirurgias: plástica, geral, vascular, periorbital, proctologia e urologia. Os critérios de exclusão serão as cirurgias agendadas e canceladas da especialidade do Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais (CTAC), por não terem disponibilidade de sala estabelecida, realizando procedimentos em intervalos irregulares devido à complexidade de seus pacientes. Será utilizado instrumento de coleta de dados será construído pela autora, a partir das variáveis de data do cancelamento, dados da cirurgia, dados sociodemográficos, clínico e perioperatórios, o dia, período do cancelamento, as ações desenvolvidas e as causas do cancelamento cirúrgico. A coleta de

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@sr2.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.577.942

dados se dará por acesso aos registros internos de cancelamento e prontuário eletrônico. Os dados serão organizados em planilha no programa Microsoft Excel® 2010, para análise com testes de independência de variáveis e serão analisados por meio de estatística descritiva analítica. Serão utilizados teste de variância onde  $p < 0,05$  indica associação significativa."

A emenda está sendo justificada pela opção "por incluir os dados dos registros de prontuário eletrônico de todos os pacientes que tiveram seus procedimentos cirúrgicos cancelados, e não apenas dos pacientes maiores de 18 anos, pois acredita-se que a exclusão dos mesmos possa deixar de abranger aspectos relevantes para o estudo."

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo primário:

Analisar as causas de cancelamento cirúrgico nos pacientes de uma unidade de cirurgia ambulatorial universitária integrante do SUS.

Objetivo Secundário:

- a) Identificar as causas de cancelamento em cirurgia ambulatorial.
- b) Descrever a relação do cancelamento cirúrgico ambulatorial com os dados sociodemográficos, perfil clínico, especialidades cirúrgicas, tipo de cirurgia, tipo de anestesia e momento do cancelamento.
- c) Verificar a taxa decancelamento cirúrgico mensal e por especialidade.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Np que se refere aos riscos da pesquisa a indicação é de que são mínimos. Entende-se que terá acesso aos dados da instituição, sem nomear os pacientes. Culminando assim na preservação e garantia do anonimato.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, a partir do levantamento de informações aprofundadas, realizar a identificação e análise dos fatores que culminam em cancelamento cirúrgico, proporcionando uma reflexão crítica das causas de cancelamento no contexto da cirurgia ambulatorial. Por conseguinte, subsidiar a adoção de estratégias para redução dos cancelamentos evitáveis, reduzindo os prejuízos aos pacientes e seus familiares, diminuindo os custos, o que pode impactar em recursos materiais e humanos à instituição.

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@sr2.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.577.942

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A presente emenda mantém o projeto original, que está bem estruturado teórica e metodologicamente. As alterações são pontuais e devidamente explicitadas no projeto, bem como a documentação apresentada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: Assinada e carimbada pela pesquisador e pela instituição proponente vice-diretora da Policlínica Piquet Carneiro, por Elizabeth Bittencourt.

TCLE: apresenta pedido de dispensa de TCLE devidamente justificado com ênfase para a coleta de dados "cegada" e garantindo o anonimato.

CRONOGRAMA- detalhado, com coleta de dados atualizada e com início em setembro de 2022 conforme alterado pela emenda

ORÇAMENTO- indica financiamento próprio, apresenta o detalhamento do orçamento.

TAI- assinado por Dir. da Policlínica Piquet Carneiro, Prof. Dr. Rogerio Rufino.

Resumo do Adendo à pesquisa previamente aprovada: apresentado e com modificações pontuais referentes aos objetivos, instrumento de coleta de dados, alteração da descrição dos riscos, mas estes se mantêm mínimos.

Roteiro de coleta de dados: apresentado no Projeto, está de acordo com os preceitos éticos.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices na emenda apresentada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@sr2.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.577.942

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1969915_E1.pdf	14/07/2022 16:20:11		Aceito
Outros	ResumoparaadendoaoCEP.pdf	14/07/2022 16:16:13	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoadendoassinada.pdf	14/07/2022 16:15:17	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoparaadendoaoCEP.pdf	14/07/2022 16:13:31	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Cronograma	CronogramaadendoaoCEP.pdf	14/07/2022 16:12:27	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_5237090.pdf	29/06/2022 22:17:00	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Outros	curriculo_lattes_cintia_silva_fassarella.pdf	13/11/2021 00:54:47	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Outros	curriculo_lattes_liliane_duarte.pdf	13/11/2021 00:53:37	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_e_confiabilidade_do_chefe_do_setor_Diego.pdf	13/11/2021 00:51:02	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Orçamento	orcamento_pdf.pdf	13/11/2021 00:48:10	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_com_instituicao_pdf.pdf	13/11/2021 00:47:35	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
Declaração de concordância	carta_de_anuencia_assinadapdf.pdf	13/11/2021 00:46:41	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_justificativa_de_dispensa_de_TCLEpdf.pdf	13/11/2021 00:34:00	LILIANE DUARTE PEREIRA SILVA PINHEIRO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@sr2.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.577.942

Não

RIO DE JANEIRO, 11 de Agosto de 2022

---

**Assinado por:**  
**ALBA LUCIA CASTELO BRANCO**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@sr2.uerj.br

**ANEXO F – Termo de compromisso com a instituição**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO

**TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO**

Eu, Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro, portadora do RG nº 13425682-5- DIC/RJ, vinculada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Matrícula: 35161-9, assumo o compromisso com a Instituição Policlínica Piquet Carneiro, a realizar a pesquisa sob o título: “Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial”. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome da mesma.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção do conhecimento.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, respeitando as diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos descritas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466/2012 e 510/2016, bem como apreciação e análise da autorização das instâncias administrativas e de Enfermagem.

Rio de Janeiro, 28 de outubro de 2021.

*Liliane Duarte P. S. Pinheiro*

---

Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro

**ANEXO G – Termo de justificativa de dispensa do TCLE**

**JUSTIFICATIVA DE DISPENSA DO TCLE**

Título do projeto de pesquisa: Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial

Nome do (a) pesquisador (a) responsável: Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro

Ao Comitê de Ética em Pesquisa

Vimos por meio deste documento solicitar a dispensa do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o projeto de pesquisa intitulado: Análise das causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial, proposto por Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro.

A solicitação de dispensa do uso de TCLE se fundamenta á partir dos dados que serão coletados e analisados de forma cegada (sem identificação do paciente) com rigor e cuidado, sem interferência na assistência do paciente durante seu tratamento na instituição, respeitando-se a integridade das informações. Os mesmos serão conservados de forma sigilosa e científica, para que não haja qualquer tipo de identificação, nem revelação de dados dos sujeitos. As informações serão utilizadas apenas para o fim proposto. O instrumento de pesquisa será armazenado sob a responsabilidade da pesquisadora durante cinco anos e, posteriormente, será inutilizado ressaltando-se que os princípios éticos e legais serão respeitados e a condução do estudo com a coleta de dados se dará após submissão à Plataforma Brasil e aprovação através do parecer do CEP da instituição envolvida respeitando as diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos descritas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466/2012 e 510/2016), bem como apreciação e análise da autorização das instâncias administrativas e de Enfermagem da respectiva policlínica para acesso aos dados no setor .

O financiamento desta pesquisa será realizado com recursos próprios da pesquisadora, sem apoio de agência de fomento e não representará ônus para a instituição pesquisada. Após a conclusão desta, será enviado um exemplar da pesquisa à policlínica pesquisada e ao CEP.

Referente aos riscos da pesquisa cabe ressaltar que são mínimos. Entende-se que terá acesso aos dados da instituição, sem nomear os pacientes. Culminando assim na preservação e garantia do anonimato.

Quanto aos benefícios, a partir de informações aprofundadas, realizar a identificação e análise dos fatores que culminam em cancelamento cirúrgico, proporcionando uma reflexão crítica das causas de cancelamento no contexto da cirurgia ambulatorial. Por conseguinte, subsidiar a adoção de estratégias para redução dos cancelamentos evitáveis, reduzindo os prejuízos aos pacientes e seus familiares, diminuindo os custos, o que pode impactar em recursos materiais e humanos à instituição.

O(a) pesquisador(a) principal e demais colaboradores envolvidos no estudo acima se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS nº 510/2016 e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Pesquisador (a) responsável:

*Liliane Duarte P. S. Pinheiro*

28/10/2021

Data

\_\_\_\_\_  
Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro