



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SANDRA MARTINS DE FRANÇA

**ANÁLISE DAS PRINCIPAIS CAUSAS EVITÁVEIS DE CANCELAMENTO
CIRÚRGICO VISANDO A CONSTRUÇÃO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO**

JOÃO PESSOA
2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F814a França, Sandra Martins de.

Análise das principais causas evitáveis de cancelamento cirúrgico visando a construção de ferramentas de gestão / Sandra Martins de França. - João Pessoa, 2025.
90 f. : il.

Orientação: Luciano Bezerra Gomes.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Gestão hospitalar. 2. Cancelamento cirúrgico. 3. Saúde coletiva. 4. Cirurgias eletivas. I. Gomes, Luciano Bezerra. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614.21:005.55(043)



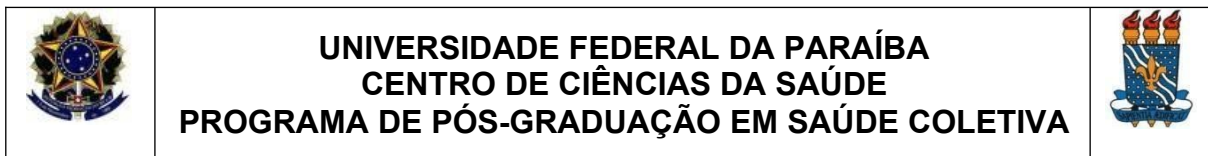
TÍTULO DO TRABALHO: Análise das principais causas evitáveis de cancelamento cirúrgico visando a construção de ferramentas de gestão

COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA:

MEMBROS - BANCA EXAMINADORA	INSTITUIÇÃO	ASSINATURA
Luciano Bezerra Gomes	UFPB	
Ana Paula Marques Andrade de Souza	UFPB	
Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca	UFPB	
Luciano da Cunha Canuto de Oliveira	UFPB	

A mestranda realizou apresentação dentro do tempo estipulado, com segurança e precisão na exposição. No debate, os integrantes da banca avaliadora identificaram avanços em relação aos aspectos que haviam sido problematizados na realização da pré-banca, considerando que as modificações que haviam sido propostas naquele momento foram superadas. Indicaram que o trabalho realizado pela discente em sua dissertação é relevante, atual, inovador e merece ser divulgado, pela sua capacidade de contribuir com o debate acadêmico e com as necessárias reflexões junto às instâncias de gestão hospitalar do Sistema Único de Saúde. Após a arguição, os avaliadores se reuniram em sala secreta com o presidente da banca e orientador do trabalho e, em seguida, apresentaram para a discente a avaliação da banca. Neste momento, foi indicado que a banca deliberou que o Trabalho da Mestranda estaria:

(X) Aprobado () Reprovado () Insuficiente



Assinatura do orientador: _____

João Pessoa, 21 de janeiro de 2025

SANDRA MARTINS DE FRANÇA

**ANÁLISE DAS PRINCIPAIS CAUSAS EVITÁVEIS DE CANCELAMENTO
CIRÚRGICO VISANDO A CONSTRUÇÃO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO**

Projeto de Pesquisa encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba para análise e parecer com fins de realização de pesquisa acadêmica do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba-UFPB.

Área de concentração: Política, cuidado e gestão em saúde

Orientador: Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes

JOÃO PESSOA

2024

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a um ex cortador de cana e a uma dona de casa, meus pais, Amadeu Luís (In Memoriam) e Nilza Josefa que me ensinaram que o caminho que o pobre tem para crescer é o estudo. Agradeço pelas madrugadas de cuidado e às tardes de alfabetização que me foram e são até hoje dedicadas como a maior forma de amor incondicional.

Dedico também a minha filha, Scarlett, que nascida de uma jovem recém-saída da adolescência precisou renunciar a horas preciosas de presença, para que sua mãe pudesse estudar e assim galgar um futuro melhor às custas das horas preciosas do presente.

Por fim, dedico ao meu marido Francisco, que esteve presente me apoiando a cada minuto dessa jornada, sem sua força, tranquilidade e confiança eu não teria conseguido realizar nem mesmo a arguição do projeto.

AGRADECIMENTOS

A D'us, em primeiro lugar, pois sem ele essa jornada não seria cumprida.

Ao meu orientador Luciano Bezerra Gomes, que sempre acreditou em meu potencial, apoiou, incentivou, comprou minhas ideias e proporcionou grandes oportunidades.

Aos meus Chefes Emanuel Nildivan e Luciano Canuto, por me permitir me inscrever e frequentar as aulas do mestrado e me apoiarem a cada novo desafio.

As amigas Monica da Costa e Cybelle Cristina, por me ajudarem em cada passo pegando na minha mão, me consolando e chorando ao meu lado quando nada mais podia ser feito.

Aos colegas do mestrado pelo coleguismo.

A coordenação da pós-graduação.

As professoras da Faculdade Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Emanuella Ferreira e Jael Aquino por terem despertado em mim a paixão pela enfermagem cirúrgica.

A minha querida mãe, Nilza que sempre me encorajou, aconselhou e apoiou em todas as horas, sempre com uma palavra de incentivo, amor e cuidado, me poupando de preocupações para que eu pudesse me dedicar ao meu sonho.

Ao meu querido Francisco, por ser norte e ser fortaleza a cada dificuldade do caminho.

À minha filha Scarlett e Meu Genro Fernando por serem meu apoio para tecnologias avançadas.

À Loki e Joaquim por serem meus terapeutas quando mais ninguém sossegava minhas angústias.

A Universidade Federal da Paraíba e ao programa de pós-graduação em Saúde Coletiva por acreditarem no meu sonho insano de proporcionar uma melhor assistência cirúrgica aos pacientes anônimos do nosso país.

“Alice: Quanto tempo dura o eterno?
Coelho: Às vezes apenas um segundo.”
— Lewis Carroll Alice no País das
Maravilhas, 1865.

RESUMO

Introdução: O estudo analisou as causas evitáveis de cancelamento cirúrgico no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), ressaltando os impactos administrativos, financeiros e sociais do absenteísmo e das suspensões. Esses eventos geram prejuízos tanto para pacientes quanto para instituições de saúde, com aumento da demanda por re-agendamentos e desperdício de recursos. **Objetivo:** Investigar as causas de cancelamento de cirurgias eletivas para propor melhorias nos processos hospitalares, reduzir taxas de cancelamento e otimizar os recursos. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo misto (quantitativo e qualitativo) realizado com dados de 2016 a 2023, extraídos de registros do HULW. A análise incluiu frequências absolutas e relativas, utilizando software Excel e R para avaliação estatística e tendências temporais. Dados foram classificados em categorias como assistenciais, administrativas, estruturais, sociais e outros eventos. **Resultados:** Entre as 31.728 cirurgias agendadas, 11,78% foram suspensas. As principais causas foram: ausência não justificada de pacientes (51,63%), falta de material (34,30%) e condições clínicas inadequadas (33,91%). Especialidades com maiores taxas de suspensão incluíram ginecologia (17,85%) e cirurgia geral (15,10%). A análise revelou falhas na comunicação pré-operatória, insuficiência de recursos e desafios logísticos. Durante a pandemia de COVID-19, houve redução significativa no número de agendamentos e aumento da complexidade nos reagendamentos. **Conclusão:** A suspensão de cirurgias reflete problemas multifatoriais que podem ser mitigados com estratégias integradas de gestão, melhorias em infraestrutura e maior engajamento dos pacientes. O estudo sugere intervenções como capacitação de equipes, aprimoramento na comunicação com pacientes e revisão de protocolos hospitalares. A redução das taxas de cancelamento beneficia diretamente a produtividade hospitalar e a qualidade do atendimento.

Palavras-chave: Cancelamento cirúrgico; Gestão hospitalar e Saúde pública.

ABSTRACT

Introduction: This study examined the avoidable causes of surgical cancellations at the Lauro Wanderley University Hospital (HULW), highlighting the administrative, financial, and social impacts of absenteeism and suspensions. These events lead to losses for both patients and healthcare institutions by increasing rescheduling demands and wasting resources. **Objective:** To investigate the causes of elective surgical cancellations, propose improvements in hospital processes, reduce cancellation rates, and optimize resources. **Materials and Methods:** A mixed-methods (quantitative and qualitative) study was conducted using data from 2016 to 2023 from HULW records. Analyses included absolute and relative frequencies, performed using Excel and R software to evaluate statistics and temporal trends. Data were categorized into assistive, administrative, structural, social, and other event-related factors. **Results:** Among 31,728 scheduled surgeries, 11.78% were canceled. The main causes included unjustified patient absence (51.63%), lack of material (34.30%), and inadequate clinical conditions (33.91%). Specialties with the highest suspension rates were gynecology (17.85%) and general surgery (15.10%). The analysis revealed gaps in preoperative communication, insufficient resources, and logistical challenges. During the COVID-19 pandemic, there was a significant decrease in scheduling and an increase in rescheduling complexity. **Conclusion:** Surgical cancellations reflect multifactorial issues that can be mitigated through integrated management strategies, infrastructure improvements, and greater patient engagement. The study suggests interventions such as staff training, enhanced patient communication, and revised hospital protocols. Reducing cancellation rates directly benefits hospital productivity and the quality of care.

Keywords: Hospital management; Public health; and Surgical cancellation.

LISTA DE SIGLAS

APC - Average Percent Change

AAPC - Average Annual Percent Change

ACM - Assistência Cirúrgica Multidisciplinar

AGHUX - Aplicativo de Gestão Hospitalar Unificada eXtensível

CME - Central de Material e Esterilização

COVID-19 - Coronavírus Disease 2019

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HULW - Hospital Universitário Lauro Wanderley

LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados

NIR - Núcleo Interno de Regulação

OLS - Ordinary Least Squares (Mínimos Quadrados Ordinários)

OMS - Organização Mundial da Saúde

SOBECC - Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação

Anestésica e Centro de Material e Esterilização

SRPA - Sala de Recuperação Pós-Anestésica

STM - Seasonal-Trend Model

SUS - Sistema Único de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número total de suspensões por ano.

Tabela 2 - Faixa etária dos usuários.

Tabela 3 - Especialidades evidenciadas.

Tabela 4 - Técnica anestésica a ser utilizada.

Tabela 5 - Justificativas para suspensões.

Tabela 6 - Causas de suspensão.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica das suspensões anuais.

Figura 2 - Distribuição das suspensões por especialidades cirúrgicas.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Instrumento de Coleta de Dados Cirúrgicos.

Anexo B: Dispensa de Termo de Compromisso Livre Esclarecido.

Anexo C: Anuência Institucional.

Anexo D: Termo de Compromisso dos Pesquisadores.

Anexo E: Autorização do Programa de Pós-Graduação.

Anexo F: Parecer Consubstanciado - Comitê de Ética e Pesquisa.

SUMÁRIO

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 CIRURGIAS ELETIVAS	18
3.2 AGENDAMENTO CIRÚRGICO	19
3.3 SUSPENSÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	20
3.4 QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA	22
4. MÉTODO	24
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	24
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	25
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	25
4.5 COLETA DE DADOS	26
4.5 INSTRUMENTO	26
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
Análise de Dados	27
Análise Temporal.....	27
Análise dos dados gerais	28
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
5. RESULTADOS	29
Análise Qualitativa das Causas e Subcausas de Suspensão de Procedimentos Cirúrgicos	33
Análise Qualitativa das Causas e Subcausas de Suspensão de Procedimentos Cirúrgicos	36
Causas Assistenciais.....	36
Causas Administrativas.....	37
Causas Estruturais	37
Causas Sociais e Ausências Não Justificadas	38
Outros Prolongamentos Cirúrgicos e Eventos Não Autorizados	39
Análise Estatística	39
6. DISCUSSÃO.....	45
7. PLANO DE INTERVENÇÃO PROPOSTO	52
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
10. ANEXOS.....	63

1. INTRODUÇÃO

O tema da pesquisa surgiu devido à percepção da pesquisadora, no campo de trabalho, de diversos fatores evitáveis que culminaram na suspensão ou não realização de procedimentos cirúrgicos, além das barreiras encontradas pelos pacientes para retornar à fila cirúrgica e o prejuízo financeiro e social que tal fenômeno provocava.

O absenteísmo de usuários pode ser considerado o não comparecimento do paciente a um procedimento e/ou consulta previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação, bem como, o comparecimento do paciente em condições que inviabilizam o seu pleno atendimento. Esta ausência priva outros pacientes de atendimento, impacta na fila de espera, pode causar danos à saúde do paciente, além de causar transtornos de natureza administrativa e financeira à instituição e ao serviço de saúde em esfera municipais, estaduais e federal.

Os prejuízos decorrentes da não marcação de cronogramas para procedimentos cirúrgicos resultam em impactos que podem ser analisados sob diferentes perspectivas. Por outro lado, há danos claramente identificáveis e mensuráveis, como os gastos com profissionais que não realizam os procedimentos, além da baixa taxa de ocupação nas salas de cirurgia. Por outro lado, os efeitos menos tangíveis muitas vezes provocam consequências mais devastadoras, como as consequências do estado clínico dos pacientes. Isso se aplica tanto àquelas que não parecem às cirurgias agendadas quanto àquelas que aguardam nas filas, onde cada atraso pode agravar suas condições clínicas, tornando os tratamentos mais complexos e prolongados.

Além disso, os danos indiretos, como mencionado acima, tendem a criar um efeito em cascata que sobrecarrega outros segmentos do sistema de saúde. Isso resulta na necessidade de novos exames, pareceres e até mudanças nos tratamentos inicialmente previstos, complicando a remarcação dos procedimentos cancelados. Essa impossibilidade de realização leva a atrasos acumulados, intensificando as filas e comprometendo a capacidade de resposta do sistema diante da crescente demanda por intervenções cirúrgicas.

A suspensão de um procedimento cirúrgico prejudica o paciente diretamente afetado, sua rede de apoio, às instituições hospitalares e a sociedade como um todo. Cada procedimento cancelado representa uma oportunidade perdida de assistência à saúde e, consequentemente, uma receita para a eficácia do sistema. Por isso, é inessário promover a participação ativa do paciente no processo de assistência à saúde, incentivando sua interação com a rede de atenção

e implementando práticas que visem a redução do risco de cancelamentos e ausências. Isso otimiza o uso dos recursos disponíveis e prioriza a qualidade na assistência.

O absenteísmo nas unidades de saúde é um problema que ocasiona desperdício de recursos públicos, aumento da demanda reprimida e retorno de pacientes ausentes ao fluxo de marcação de consultas e exames. Essa prática prejudica a oferta de assistência nos diferentes níveis de cuidado, afetando a acessibilidade e a eficiência dos serviços de saúde. De acordo com estudos citados por Santos (2008), a taxa de absenteísmo varia entre 22% e 30%.

Mais recentemente, ressaltam-se os estudos de Canelada et al., (2014) demonstrando que, de 186 cirurgias suspensas, 19,91% foram cancelamentos gerais e 54,30% relacionado ao absenteísmo. No entanto, táticas de gerenciamento direcionadas a melhorar a lista de espera têm alcançado sucesso. A confirmação de preenchimento prévia reduziu a taxa de absenteísmo de 2,0% a 4,0% 62% das especialidades.

Essa prática vem de esforços articulados pelo trabalho em rede e sensibilização dos gestores locais. Nesse caso, os responsáveis promovem pactuações e otimização índices de oferta com o uso vagas bolsões, que dividem a responsabilização entre diferentes serviços (Paschoal; Gatto, 2006).

Quando o comparecimento do paciente não é confirmado, a vaga pode ser redistribuída a outros usuários, evitando desperdício. “A lista de espera para exames e consultas especializadas é identificada, frequentemente, como um obstáculo para o acesso aos serviços de saúde e um indicador da qualidade, pois reflete a capacidade de o sistema de saúde atender às necessidades da população (VIEIRA; LIMA; GAZZINELLI, 2015). Este quesito está diretamente associado ao absenteísmo por parte dos usuários e em casos bastante graves, refletido em desperdício e prejuízos das vagas” (BITTAR et al., 2016; LIMA; VENTURA; BRANDT, 2005).

No campo hospitalar, o movimento cirúrgico é visto como fator primordial para a análise de produtividade e qualidade. O movimento em nível máximo de capacidade cirúrgica é imprescindível a fim de rentabilizar os recursos financeiros, sendo uma das maiores táticas para maximizar os investimentos em saúde (GATTO; JOUCLAS, 1998). Em um hospital escola, segundo Silva, os pacientes cirúrgicos, embora representem apenas 24,0% do total de internações, correspondem a 43,0% das receitas da instituição. (SILVA, 1994).

Comparando-se esses dados, percebe-se uma margem expressiva para melhorias na ordem de produção hospitalar. Pesquisas internacionais apontam que mais de 50,0% dos cancelamentos que se verificam na área cirúrgica seriam evitáveis. Em um hospital público, a taxa de suspensão encontrada foi de 42,7%, em uma amostra de 6.392 cirurgias realizadas,

2.702 cirurgias foram suspensas por diversos motivos (PERROCA; JERICÓ; FACUNDI, 2007).

Os principais fatores de caso de cancelamento incluem divergentes motivos que envolvem fatores relativos aos pacientes e à administração. Na literatura estes fatores são expansivamente descritos. As seis categorias principais de fatores são: os fatores assistenciais; os fatores administrativos; os fatores institucionais; os fatores relacionados ao paciente; e outros fatores. Alguns autores empíricos conseguiram relatar os cinco fatores e não os seis acima referidos (ARAÚJO et al., 2019).

Segundo o mesmo estudo de Araújo et al. (2019), os fatores que levam à suspensão de cirurgias podem ser agrupados em cinco categorias principais: fatores assistenciais, como a falta de jejum por parte do paciente e a ausência de exames complementares necessários; fatores administrativos, que abrangem falta de materiais, carência de médicos, ausência de sangue e hemoderivados, inexistência de medicamentos, erros na marcação e necessidade de remarcação das cirurgias; fatores estruturais da instituição, que envolvem a ausência de leitos, falta de vagas em unidades de terapia intensiva (UTI), indisponibilidade de salas de operação (SO) e manutenção de equipamentos; fatores relacionados ao paciente, incluindo o não comparecimento, condições clínicas inadequadas, cirurgia já realizada em outro local e casos de óbito antes do procedimento; e outros fatores, como falta de tempo hábil para realização da cirurgia e ausência de internação devido à falta de autorização.

No contexto da saúde pública, o não comparecimento dos usuários às consultas ambulatoriais é uma questão a ser levada em consideração. Esse é um dos temas mais importantes, já que esse fator é um dos principais responsáveis pelo desperdício de recursos estruturais e dinheiro alocado à população e gera custos indiretos substanciais. A falta de informações apropriadas desempenha um papel significativo nesse caso e está entre os fatores mais proeminentes. Além disso, o controle da informação em muitos centros de saúde é prejudicado pelo número crescente de profissionais envolvidos nas operações que distribuem o tempo de consulta e no agendamento e instruções dos médicos (BITTAR et al., 2016).

A programação de cirurgia para um paciente é um evento que implica um ciclo considerável de espera, ansiedade e incerteza sobre o resultado, bem como efeitos colaterais da cirurgia em si. Esse é um giro completo, levando a muitas conversas e decisões para o paciente; de quem será o responsável pelos cuidados pós-operatórios até como ele realizará seus negócios. Assim, o paciente está preocupado com a possibilidade de realizar uma cirurgia e frustração, mas não com a suspensão, que leva ao atraso do curso e à deterioração dos problemas de saúde existentes. A ausência de realização do procedimento de cirurgia contribui para a

alimentação de outras filas vitais necessárias para a realização segura dessa cirurgia. Esses são novos raios-X e pareceres médicos, que sobrecarregam o sistema de saúde de emergência e levam ao adiamento das cirurgias inicialmente programadas. Esse efeito cascata inibe a velocidade e a eficácia do atendimento, prejudicando tanto os pacientes quanto as organizações de saúde.

Embora a assistência à saúde seja o objetivo principal dos hospitais, a implementação de ações associadas à Política de Planejamento e Gestão do processo cirúrgico, de forma sistemática e global, também pode ter benefícios significativos. Essas ações podem ser entendidas como tendo um “retorno” definido, pois fornecem previsibilidade e visibilidade sobre quais situações podem ser antecipadas, prevenidas ou evitadas, e, portanto, podem ser vistas como intervenções “de baixo custo” que resultam em um impacto decisivo nos resultados assistenciais.

Para atingir esse objetivo, é necessário investir em mecanismos reguladores do gerenciamento da gestão no âmbito do SUS, para que, dessa forma, recursos que maximizem o planejamento, aumentando a monitorização, a avaliação, possam ser promovidos e alocados para tentar tratar das causas evitáveis no processo de cancelamento da cirurgia. Existem muitos fatores que influenciam o cancelamento da cirurgia.

Eles variam devido à baixa oferta de certos tipos de cirurgias, com inadmissível tempo de agendamento, a falta de acesso do paciente ao recurso financeiro para o seu autocuidado, o que não permite um planejamento financeiro adequado em termos de custos individuais e familiares. Mas a situação também pode ser influenciada pela falta de informação clara sobre a data e hora da entrada no hospital, pela falta ou pela incapacidade de controlar adequadamente a medicação domiciliar. Existe falta de preparo para o paciente antes de uma cirurgia real, desconhecimento dos pré-requisitos para realizar os referidos procedimentos e a falta do exame principal.

A implementação de mecanismos de gestão eficazes, a longo prazo, pode auxiliar no planejamento e na regulação da provisão de profissionais de saúde, promovendo uma melhor organização e eficiência nos serviços prestados. A redução do desperdício de carga horária, resultante de cancelamentos relacionados a causas evitáveis, permite uma utilização mais racional e eficaz do tempo dos profissionais envolvidos no processo cirúrgico. Isso beneficia toda a cadeia de assistência, otimizando o fluxo de trabalho e melhorando a qualidade do atendimento aos pacientes, além de contribuir para a sustentabilidade e a eficiência do sistema de saúde como um todo.

O absenteísmo dos pacientes para procedimentos eletivos no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Lauro Wanderley tem implicações diretas na taxa de suspensão de cirurgias, na gravidade dos casos clínicos, na demanda reprimida e, por último, na disponibilidade dos procedimentos realizados por dia. Assim sendo, torna-se importante analisar e identificar as principais causas do problema. Esse cenário é necessário para promover uma diminuição da FEA e para promover uma mudança na gestão da oferta e procura. Por fim, a escolha de estratégias de redução do cancelamento da cirurgia é vantajosa a longo prazo devido a várias razões.

Em primeiro lugar, a saúde dos pacientes pode ser otimizada e o agravo ao paciente evitado, já que as cirurgias ocorrem conforme planejado: a doença não progride e não acarreta complicações que exijam serviços adicionais e causaram superlotação. Por outro lado, isso também implica um uso mais eficiente e racional dos fundos públicos, que deixam de ser gastos desnecessariamente no custo hospitalar e são redirecionados para finalidades mais prioritárias no orçamento da nação.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as principais causas de altas taxas de cancelamento/suspensão, relacionadas aos procedimentos cirúrgicos no Hospital universitário Lauro Wanderley com o intuito de promover o monitoramento e direcionar as intervenções para a diminuição dos prejuízos relacionados a estes fatores.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as principais causas de cancelamento cirúrgico no hospital estudado;
- Categorizar as causas de cancelamento cirúrgico evitáveis dentro das cinco variáveis propostas;
- Compreender e analisar o processo que culmina em suspensões cirúrgicas evitáveis;
- Propor possíveis melhorias e apontamentos pertinentes que possam otimizar o processo de trabalho nestas circunstâncias.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CIRURGIAS ELETIVAS

A cirurgia é uma especialidade médica que emprega técnicas manuais e instrumentais para realizar intervenções e procedimentos voltados ao tratamento de doenças, incapacidades e traumas. O centro cirúrgico (CC) é o ambiente onde essas atividades são realizadas. Devido à alta rotatividade de pacientes, o centro cirúrgico exige uma comunicação eficaz com diversos setores, como clínicas de internação, ambulatório, pronto atendimento, unidades de terapia intensiva e central de material e esterilização (CME), entre outros. Assim, o funcionamento adequado do CC é fundamental para a instituição de saúde que o opera (COSTA JUNIOR et al., 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), anualmente são realizados mais de 234 milhões de procedimentos cirúrgicos, o que equivale a uma cirurgia para cada 25 pessoas vivas (BRASIL, 2009). Atualmente, as cirurgias representam uma abordagem diagnóstica e terapêutica que beneficia milhares de indivíduos, solucionando diversos problemas de saúde, melhorando a qualidade de vida, aliviando desconfortos como a dor, restaurando a mobilidade e recuperando, parcial ou totalmente, os sentidos humanos, além de outros benefícios (SILVA et al., 2020).

As cirurgias podem ser classificadas em três categorias, conforme o tempo necessário para sua realização: eletivas, que são aquelas essenciais para o tratamento do paciente, mas que podem ser agendadas; urgentes, que se referem a situações em que a saúde do paciente está comprometida, sem risco imediato de morte, mas que requerem intervenções para evitar danos maiores, incluindo a morte; e de emergência, que são aquelas em que há risco iminente de morte e necessitam de intervenção imediata (POSSARI, 2009).

Em 15 de julho de 2010, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.919, que redefine a prestação de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do SUS. De acordo com essa portaria, um procedimento cirúrgico eletivo é aquele realizado em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de cirurgia, podendo ser agendado previamente em estabelecimentos de saúde ambulatoriais ou hospitalares, sem caráter de urgência ou emergência (BRASIL, 2010).

Conforme as diretrizes de práticas recomendadas pela Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização

(SOBECC, 2017), as cirurgias programadas com antecedência são classificadas como eletivas, permitindo que tanto o paciente quanto a equipe se preparem adequadamente para a intervenção, o que contribui para a redução do risco de intercorrências.

Em relação às cirurgias eletivas, dados do Relatório de Gestão do Ministério da Saúde indicam que, de janeiro a novembro de 2017, foram realizadas 1.827.811 cirurgias em todo o país. Diante da necessidade de ampliar o acesso a esses procedimentos, especialmente para atender a demanda reprimida, o Ministério da Saúde publicou, em 25 de maio de 2017, a Portaria nº 1.294, que estabeleceu estratégias para aumentar o acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse cenário, foi criado o QW SISTEMAS, uma ferramenta destinada a coletar informações enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, permitindo um detalhamento das filas de espera em todo o Brasil. Com isso, foi possível identificar que havia 667.014 pacientes aguardando por algum procedimento eletivo no país.

Nesse contexto, o hospital em questão, em conformidade com as diretrizes estabelecidas, realiza exclusivamente cirurgias eletivas e intervenções em situações de emergências obstétricas. As cirurgias eletivas são agendadas com antecedência, o que possibilita um preparo adequado tanto para o paciente quanto para a equipe médica, diminuindo assim os riscos de complicações. Essa abordagem está alinhada com as práticas recomendadas pela Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Além disso, em resposta à necessidade de ampliar o acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos, o Ministério da Saúde implementou estratégias específicas para melhorar o atendimento no SUS, ressaltando a importância dessas intervenções planejadas.

3.2 AGENDAMENTO CIRÚRGICO

No contexto do SUS, os procedimentos eletivos são geralmente agendados pelas centrais de regulação dos estados ou municípios, sob uma coordenação única. Esse sistema proporciona mais tempo para que tanto o paciente quanto a equipe médica se preparem para a intervenção, minimizando ao máximo o risco de intercorrências (MOREIRA JÚNIOR, 2019).

O agendamento e a preparação para uma cirurgia envolvem uma série de ações e a colaboração de diversos profissionais. Trata-se de um processo complexo que, se não for planejado de maneira eficaz, pode resultar em suspensão ou cancelamento do procedimento (SILVA et al., 2020).

Para que o ato cirúrgico seja bem-sucedido, é fundamental um planejamento adequado com a equipe multiprofissional, além da disponibilidade de recursos materiais e tecnológicos. Falhas nesse processo podem levar à suspensão ou ao cancelamento da cirurgia. Além disso, como envolve o trabalho de profissionais, existe sempre a possibilidade de erro, independentemente da intenção (SILVA et al., 2020).

É importante ressaltar que um agendamento cirúrgico eficaz deve assegurar que todas as informações relacionadas ao procedimento sejam precisas e completas, incluindo a identificação do paciente, dados do procedimento e da equipe cirúrgica, porte da cirurgia, tipo de anestesia e idade do paciente (POSSARI, 2009).

Apesar do agendamento prévio estar confirmado, podem surgir dificuldades, uma vez que um procedimento cirúrgico eletivo depende de recursos humanos e materiais. Qualquer falha em um dos processos pode resultar em um evento indesejado, como o cancelamento da cirurgia (AVILA et al., 2012).

O tempo de espera para a realização de cirurgias é um fenômeno complexo e desafiador, presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, podendo variar de meses a anos. Essa situação pode resultar em insatisfação dos pacientes, agravamento do prognóstico, perda funcional e custos financeiros elevados para os sistemas públicos de saúde (BARUA, ROVERE, & SKINNER, 2012; MOIR, BARUA, 2022; RODRIGUES et al., 2020). Embora não haja um consenso internacional sobre o que constitui um tempo de espera excessivo, a maioria dos países considera um período entre três e seis meses como o prazo máximo para a realização de cirurgias eletivas (LUIGI & HURST, 2005; OUDHOFF et al., 2007).

Do ponto de vista institucional, a programação cirúrgica requer a mobilização de um número significativo de recursos humanos especializados, além de uma quantidade considerável de materiais e equipamentos de alta complexidade. Assim, a suspensão do procedimento acarreta implicações tanto nos custos operacionais e financeiros quanto na qualidade do atendimento oferecido aos pacientes (NASCIMENTO et al., 2014).

3.3 SUSPENSÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

A suspensão de um procedimento cirúrgico no dia programado é definida como qualquer cirurgia que estava agendada e não foi realizada. Os motivos para cada cancelamento são registrados com base nas informações fornecidas pela equipe cirúrgica sobre a razão da suspensão do procedimento (SODRÉ; EL FAHAL, 2021).

Em nível nacional, publicações entre 1990 e 2010 identificaram taxas de cancelamento de cirurgias que variam de 5,1% a 33%, sendo as principais causas condições clínicas desfavoráveis e o não comparecimento dos pacientes (CARVALHO et al., 2016).

Um estudo realizado em um hospital de assistência terciária no Nordeste do Brasil revelou que, durante o período analisado, das 19.974 cirurgias programadas na unidade de Centro Cirúrgico, apenas 10.491 (53%) foram efetivamente realizadas, enquanto 9.493 (47%) foram canceladas. No ano seguinte, a taxa de suspensão atingiu 49% (RANGEL et al., 2019).

Ainda no Nordeste, um estudo realizado em um hospital de clínicas destacou uma taxa alarmante de suspensão de cirurgias. Da mesma forma, um estudo nacional que avaliou 1.145 cirurgias programadas, das quais 379 foram canceladas, encontrou uma taxa de suspensão de 33%, o que indica a necessidade de investigações mais aprofundadas para entender as causas e motivos que levam ao cancelamento cirúrgico (MORAES et al., 2017).

A suspensão de procedimentos cirúrgicos é um problema global, complexo e multifatorial, que gera transtornos para os pacientes e prejuízos para as instituições de saúde, além de impactar negativamente outros pacientes agendados. Esses problemas podem ser minimizados se a suspensão ocorrer antes da internação, o que é possível por meio de um planejamento cuidadoso e de uma comunicação eficaz (AQUINO, 2012). Dada a alta demanda financeira de um centro cirúrgico, os gestores hospitalares estão focando mais nas taxas de suspensão de cirurgias, buscando reduzi-las, especialmente considerando que entre 60% e 80% das suspensões são atribuídas a causas evitáveis (MACHADO et al., 2021).

O cancelamento de cirurgias acarreta diversos prejuízos para a instituição, como atrasos na programação cirúrgica, impacto negativo para outros pacientes que aguardam sua vez para operar, aumento dos custos operacionais e financeiros, prolongamento do período de internação e maior risco de infecções hospitalares (SODRÉ; EL FAHAL, 2021).

Entre os principais motivos para o cancelamento de cirurgias eletivas, destaca-se a ausência dos pacientes no dia agendado. Para evitar essa situação, é crucial realizar uma avaliação pré-operatória, garantir uma comunicação eficaz entre a instituição e os usuários, confirmar a data da cirurgia, realizar visitas pré-anestésicas e monitorar todo o processo (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015).

É importante ressaltar que o impacto financeiro é uma das principais preocupações e áreas de investigação. Um estudo em um hospital universitário revelou que a suspensão de 58 cirurgias resultou em um custo de R\$ 1.713,66, com um custo médio de R\$ 29,54 por paciente, relacionado a materiais de consumo, processos de esterilização, medicamentos e recursos humanos. Os pesquisadores observaram que uma grande parte dessas suspensões poderia ter

sido evitada (PERROCA; JERICÓ; FACUNDI, 2007). Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados por Barbeiro em 2010 (BARBEIRO et al., 2010).

Em relação ao papel formativo dos hospitais-escola, é importante destacar que a suspensão de procedimentos cirúrgicos prejudica o aprendizado e o aprimoramento das habilidades dos residentes médicos em especialidades cirúrgicas. Isso ocorre devido à diminuição da curva de aprendizagem, já que os alunos ficam sem a prática cirúrgica, o que afeta diretamente a qualidade do ensino e sua formação como especialistas (NASCIMENTO; TRAMONTINI; GARANHANI, 2011).

As consequências do cancelamento de cirurgias para os pacientes podem se manifestar de diversas maneiras, incluindo complicações no estado de saúde e interferências nos compromissos sociais (BOTAZINI; CARVALHO, 2017). Além disso, é importante considerar os impactos psicológicos, como ansiedade e prejuízos no planejamento da vida cotidiana (ARAÚJO et al., 2019).

Dado que a cirurgia é um evento significativo que requer a atenção de toda a equipe, é fundamental desenvolver estratégias que reduzam o número de cancelamentos, especialmente quando os motivos são potencialmente evitáveis (TAMIASSO et al., 2018).

3.4 QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA

Os indicadores são ferramentas essenciais para a análise, identificação e mensuração de ações ou informações relacionadas à qualidade do atendimento, doenças, epidemiologia e saúde nos contextos abordados, permitindo a síntese dessas informações por meio de conceitos numéricos. A elaboração desses indicadores depende do que se deseja investigar, de acordo com as necessidades específicas de cada situação. A qualidade das informações utilizadas é crucial para garantir a eficácia e a confiabilidade dos indicadores (GAMA; BOHOMOL, 2022).

Segundo Araújo et al. (2020), o movimento cirúrgico é uma variável que impacta os indicadores de qualidade, produtividade e eficiência na gestão dos serviços das instituições hospitalares. Um parâmetro importante para avaliar a produtividade nas salas de operação é a taxa de suspensão de cirurgias. A análise dessa variável busca melhorar a qualidade da assistência, além de racionalizar os recursos financeiros e humanos.

Corroborando essa ideia, o manual da SOBECC (2017) destaca que o indicador de cirurgias suspensas reflete de maneira mais precisa a eficiência do centro cirúrgico. Esse tipo de indicador visa avaliar os processos relacionados ao agendamento cirúrgico, à assistência pré-operatória e aos fatores condicionantes associados à infraestrutura e ao abastecimento do hospital (POSSARI, 2009).

O planejamento das cirurgias pode influenciar diretamente as causas das suspensões, que são um indicador importante para medir a eficiência do centro cirúrgico. Embora existam diversos artigos que exemplificam indicadores para avaliar essa eficiência, os mais citados estão relacionados ao tempo de início e utilização da sala operatória (SO) e/ou da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), à taxa de ocupação das salas operatórias e à taxa de suspensão cirúrgica, sendo esta última a mais relevante na avaliação da qualidade da assistência prestada pelo centro cirúrgico (SANTOS; BOCCHI, 2017; PINHEIRO et al., 2017; BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015).

A qualidade de uma cirurgia está intrinsecamente ligada à previsão e provisão de recursos operacionais e táticos, que incluem a definição das salas operatórias, a equipe médica (cirurgiões e anestesistas), a equipe de enfermagem (instrumentador cirúrgico e circulante de sala) e o serviço de transporte. Além disso, é fundamental garantir a disponibilidade de insumos e equipamentos específicos, bem como realizar ações logísticas que envolvem recursos de apoio, como laboratório, farmácia, almoxarifado, hemoterapia, rouparia e serviço de limpeza durante todo o período perioperatório (SANTOS; POLGROSSI; MAIA, 2018).

Embora a gestão em saúde busque otimizar a combinação dos recursos disponíveis para qualificar o funcionamento das instituições por meio de ações eficientes, eficazes e efetivas, é importante ressaltar que, no contexto da saúde pública, o conceito de eficiência deve ultrapassar a mera relação de custo-benefício. Ele deve ser entendido também como uma busca adequada por respostas às demandas sociais (DERMINO; GUERRA; GONSINHO, 2020).

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa, aplicada, explicativa e documental, considerando que o estudo visa entender, descrever, classificar e explicar fenômenos e a relação existente entre as variáveis e que serão utilizados dados não trabalhados analiticamente, de acordo com Gil as pesquisas explicativas têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos. É o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas (GIL, 2008).

A pesquisa aplicada concentra-se em torno dos problemas presentes nas atividades das instituições, organizações, grupos ou atores sociais. Está empenhada na elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e busca de soluções. Respondem a uma demanda formulada por “clientes, atores sociais ou instituições” (FLEURY; WERLANG, 2017).

A taxa de suspensão de cirurgias é definida pelo número de procedimentos cancelados, dividido pelo total de cirurgias programadas em um período, multiplicado por cem.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A coleta de dados realizou-se a partir da base alimentada pelo Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Lauro Wanderley, que contém informações acerca dos procedimentos cirúrgicos entre os anos de 2016 e 2023. O Hospital Universitário Lauro Wanderley está localizado no município de João Pessoa e configura-se como serviço de referência na rede de atenção à saúde do estado da Paraíba.

O serviço realiza uma média de 342 cirurgias mês entre pacientes internos e externos. O Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) possui atualmente dez (10) salas de cirurgia que atendem a diversas especialidades médicas que prestam assistência cirúrgica. Dentre elas: oncologia, urologia, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, cirurgia da cabeça e pescoço, otorrinolaringologia, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgias da obesidade, proctologia, cirurgia geral, cirurgias ginecológicas, neurocirurgia e bucomaxilofacial, além de possui programas de residência médico/cirúrgica, recebendo anualmente uma média de 37 residentes.

A grade cirúrgica que oferece os horários para as diversas especialidades é institucional e contempla todas as especialidades, o número de horas em sala cirúrgica disponível foi

distribuído considerando a relevância dentro da formação dos alunos, o volume de profissionais disponíveis e o perfil assistencial do hospital.

Os avisos de cirurgias são recebidos pelo Núcleo Interno de Regulação – NIR e encaminhados para o Centro Cirúrgico em impresso próprio com as informações devidamente preenchidas, tais como: nome do paciente, telefone de contato, do cirurgião, especialidade clínica, tipo de procedimento e material cirúrgico, horário de início e tempo estimado de duração do procedimento.

O mapa cirúrgico é elaborado para contemplar a maioria dos avisos de acordo com o número de anestesistas, quadro de enfermagem e leitos disponíveis no hospital.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por pacientes com procedimentos eletivos suspensos e suas causas no período de 2016 e 2023. Todos os dados que podem gerar a identificação dos pacientes foram retirados antes da disponibilização da base e foram orientados pelo agendamento e não pelo paciente, isto significa que seja possível haver mais de um agendamento de procedimento de uma única pessoa.

Para a realização da pesquisa o projeto foi submetido ao CEP, bem como foi solicitada a autorização da gestão da instituição, conforme é preconizado pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Para tanto, este projeto tem parecer de aprovação de CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética): 81982524.8.0000.5183.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis objetivas são: grupos de fatores relacionados ao cancelamento ou suspensão cirúrgicos, sendo eles, assistenciais inerentes ao processo de cuidado e informação ao paciente, administrativos relacionados aos processos de provisão e previsão cirúrgica, estruturais associados a estrutura organizacional do hospital, relacionados ao paciente, condições clínicas, sociais e ausências não justificadas e outros prolongamentos cirúrgicos, não autorização de internamento e demais eventos.

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nos m de dezembro de 2024, nos registros da plataforma gerados em planilha Excel. As informações foram organizadas em planilhas por meio do programa do Microsoft Office Excel 2016 para a formatação dos dados em tabelas e gráficos. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, na qual incluiu a distribuição de frequências relativas e absolutas, medidas de tendência central (média aritmética) e estatística comparativa.

4.5 INSTRUMENTO

Para coleta de dados foi utilizado a base de dados de produção cirúrgica presente na plataforma Google, Google drive, a qual é alimentada diariamente com os dados cirúrgicos de todos os procedimentos realizados no serviço.

As informações presentes no Drive de acompanhamentos de cirurgias e no AGHUX, módulo de gestão da instituição que contempla prontuário eletrônico, fazem parte da rotina documental do serviço e são coletadas através do aviso de cirurgia, documento utilizado para a marcação cirúrgica e acompanhamento do status da realização do procedimento. Seu preenchimento é iniciado no ambulatório onde o procedimento é solicitado e concluído nas salas operatórias.

Após seu preenchimento o aviso é entregue à administração do setor e seus dados são lançados, de forma manual, na plataforma o que gera uma planilha Excel que será a base de dados da pesquisa.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As causas de cancelamento encontradas foram analisadas, de forma qualitativa, nessa fase, as causas primárias e secundárias do problema identificadas foram divididas em 5 grupos, sendo eles assistenciais inerentes ao processo de cuidado e informação ao paciente, administrativos relacionados aos processos de provisão e previsão cirúrgica, estruturais associados a estrutura organizacional do hospital, relacionados ao paciente, condições clínicas, sociais e ausências não justificadas e outros prolongamentos cirúrgicos, não autorização de internamento e demais eventos.

Após a análise dos dados foi traçado um plano de ação/intervenção almejando minimizar as causas evitáveis do absenteísmo cirúrgico.

As ações levaram em consideração 3 eixos de trabalho, sendo eles: equipe, ações relacionadas à sensibilização e capacitação dos personagens envolvidos nos agendamentos cirúrgico, médicos, residentes, enfermeiros e administrativos. Organização e processo de trabalho, definir capacidade operacional, linha de ação, protocolos pré-operatórios, prazos e rotinas, institucionalizando-os. Comunicação efetiva com o paciente: Criar linha de comunicação com o usuário tornando-o ator fundamental no processo de agendamento e realização do procedimento cirúrgico.

Análise de Dados

A análise exploratória dos dados foi conduzida por meio do cálculo de frequências absolutas e relativas (percentuais) para as variáveis investigadas no estudo. O processamento inicial, incluindo a organização e consolidação dos dados, foi realizado utilizando o software Microsoft Excel. As análises estatísticas subsequentes, englobando o tratamento dos dados e a aplicação de testes estatísticos, foram realizadas no ambiente de programação R, versão 4.4.0 (The R Core Team, 2024), amplamente reconhecido por sua robustez e flexibilidade na análise de dados científicos.

O nível de significância estatística adotado em todas as etapas do estudo foi estabelecido em 5% ($p \leq 0,05$), correspondente a um nível de confiança de 95%, garantindo rigor na interpretação dos resultados e minimizando a probabilidade de erros do tipo I. Tal escolha reflete práticas amplamente aceitas na comunidade científica para assegurar a validade e a confiabilidade das inferências obtidas.

Adicionalmente, a combinação do uso do Excel para o gerenciamento inicial dos dados com o R para a análise estatística avançada permite uma abordagem metódica, que alia a eficiência na organização dos dados à precisão analítica oferecida pelo R. Essa metodologia contribui significativamente para a robustez e reprodutibilidade do estudo.

Análise Temporal

A estimativa de tendência foi realizada utilizando o método Seasonal-Trend Model (STM), fundamentado no modelo clássico de decomposição aditiva. Este método segue uma

abordagem robusta para detectar quebras nos componentes de sazonalidade e tendência em séries temporais univariadas, conforme descrito por Verbesselt, Hyndman, Newnham et al. (2010) e Verbesselt, Hyndman, Zeileis et al. (2010).

No STM, os termos lineares e harmônicos são ajustados à série temporal original por meio de regressão de mínimos quadrados ordinários (OLS), uma técnica estatística amplamente reconhecida por sua precisão na modelagem de relações lineares. Esse procedimento permite identificar tendências gerais e detectar pontos de interrupção, ou seja, mudanças significativas nos padrões de tendência ao longo do tempo.

A aplicação do STM é particularmente útil para séries temporais onde os padrões sazonais e as tendências variam ao longo do tempo, oferecendo um método detalhado e confiável para análise e interpretação de mudanças estruturais. Para uma descrição mais aprofundada dos métodos e da implementação prática, recomenda-se a leitura de Forkel et al. (2013), que fornece uma explicação abrangente do uso do STM em contextos analíticos.

Análise dos dados gerais

Para a realização desta pesquisa, iniciou-se com um levantamento sistemático dos dados anuais referentes às cirurgias eletivas agendadas no período de 2017 a 2023. Esses dados foram organizados em uma planilha única, resultando em um total de 31.728 cirurgias eletivas agendadas. A escolha por consolidar os dados em um único arquivo visou facilitar a análise, padronizar as informações e garantir a integridade do conjunto de dados para as etapas subsequentes.

Após a consolidação inicial, foi realizada a exclusão dos registros que não eram relevantes para o foco da pesquisa. Como objetivo principal era analisar as suspensões de cirurgias, os procedimentos efetivamente realizados foram excluídos, o que reduziu o conjunto de dados para 3.739 registros de suspensões, representando 11,78% do total de procedimentos agendados no período. Essa redução foi realizada de forma criteriosa, assegurando que apenas os registros de interesse permanecessem para análise detalhada.

Em seguida, foi realizada uma etapa de anonimização e limpeza de dados. Informações sensíveis como nomes de pacientes, números de prontuário, nomes das equipes cirúrgicas, datas e horários específicos foram removidas para garantir a confidencialidade e o cumprimento das normas éticas de pesquisa. Durante essa etapa, foi identificado que alguns registros apresentavam ausência de dados fundamentais, especificamente a informação sobre o motivo da suspensão, que era um dos focos principais da investigação. Esses registros incompletos,

somando 158 casos, foram excluídos da análise principal. Esse número representa 0,50% do total de cirurgias eletivas agendadas e 4,22% do total de suspensões.

Após essas exclusões, foi possível organizar os dados restantes de forma consistente, resultando em um conjunto final de 3.581 registros de suspensões com informações completas e adequadas para análise. Esses registros foram utilizados como base para a identificação e categorização das causas das suspensões, uma etapa crucial para atender aos objetivos da pesquisa. As causas identificadas e suas implicações serão discutidas em detalhes nas seções posteriores.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/12 Conselho Nacional de Saúde, no artigo III, que implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando ao participante a voluntariedade para contribuir e permanecer na pesquisa, após assinatura do TCLE, bem como desistir da participação em qualquer tempo (BRASIL, 2012).

Seguindo também a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS que dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/Conselho Nacional de Ética e Pesquisa, e sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil, nos termos do capítulo XIII, da Resolução 466/12 Ministério da Saúde/CNS (BRASIL, 2013).

Bem como, a resolução 510/2016 que lida com pesquisas de intervenção e o ofício circular no 2/2021 da CONEP, que trata de orientações para procedimentos em pesquisa com seres humanos com qualquer etapa em ambiente virtual (BRASIL, 2016). Para tanto, conforme mencionado acima, este projeto tem parecer de aprovação de CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética): 81982524.8.0000.5183.

5. RESULTADOS

Os dados relacionados ao número total de suspensões em cada ano e seu percentual no todo encontram-se descritos na tabela abaixo.

Tabela 1. Número total de suspensões por ano.

Variável/Categoria	Frequência	Percentual
Ano (n = 3739)		

2017	780	20,86
2018	799	21,37
2019	683	18,27
2020	306	8,18
2021	211	5,64
2022	426	11,39
2023	534	14,28

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

A análise da Tabela 1 permite nos apresenta o total de cirurgias suspensas nos 7 anos estudados (3739) e sua divisão por ano estudado além do percentual por ano considerando o número total de suspensões do período.

Podemos observar que, nos anos de 2020 e 2021, houve uma aparente redução superior a 50% no número total de suspensões em comparação com os anos de 2017 a 2019, seguida de uma retomada do crescimento desse número em 2022 e 2023. Esse padrão coincide com o período da pandemia de COVID-19, durante o qual o número de procedimentos agendados também foi significativamente inferior em relação aos anos pré-pandemia (2017-2019) e ao período de retomada pós-pandemia.

Essa redução pode ser atribuída a diversos fatores, como as restrições impostas pelas medidas de controle da pandemia, a priorização de atendimentos emergenciais e a suspensão de procedimentos eletivos em função da sobrecarga dos sistemas de saúde.

Além disso, é importante destacar que a pandemia também resultou em consequências indiretas, como o agravamento do quadro clínico de alguns pacientes e a perda da validade de exames realizados anteriormente, devido aos longos períodos de espera sem atendimento. Esses fatores não apenas influenciaram a redução do número de agendamentos, mas também contribuíram para a complexidade e os desafios enfrentados na retomada dos atendimentos.

Adicionalmente, foi possível identificar a faixa etária dos pacientes como uma variável relevante na análise das suspensões. Apesar de algumas lacunas nos dados, constatou-se que o número total de registros com informações relacionadas à idade foi de 3.688, representando uma cobertura de 98,63% do total de suspensões analisadas. Por outro lado, 51 registros (1,37%) não continham informações completas sobre a idade dos pacientes, o que limita parcialmente a capacidade de análise detalhada dessa variável.

Tabela 2. Faixa etária dos usuários.

Faixa Etária (n = 3688)	Quantidade	Percentil
00 a 09 anos	509	13,80

10 a 19 anos	260	7,05
20 a 39 anos	794	21,53
40 a 59 anos	1158	31,40
60 anos ou mais	967	26,22

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

No decorrer da análise, foi possível delimitar o número absoluto e o percentual de cirurgias suspensas, categorizando-as de acordo com as especialidades cirúrgicas. Essa etapa da investigação foi crucial para identificar padrões específicos de suspensão em diferentes áreas médicas, permitindo um entendimento mais detalhado das dinâmicas envolvidas e das possíveis causas relacionadas a cada especialidade.

A organização dos dados por especialidade revelou variações significativas tanto no número absoluto quanto na proporção de suspensões em relação ao total de cirurgias agendadas para cada área. Essa categorização é relevante, pois as características dos procedimentos cirúrgicos, as necessidades de preparação pré-operatória e as demandas específicas de cada especialidade podem influenciar diretamente a frequência e os motivos das suspensões.

Tabela 3. Especialidades evidenciadas.

Especialidade (n = 3490)	Quantidade	Percentil
Ginecológica	623	17,85
Geral	527	15,10
Cabeça e pescoço (CCP)	416	11,92
Pediátrica	334	9,57
Torácica	294	8,42
Urologia	214	6,13
Otorrinolaringologia	205	5,87
Mastologia	173	4,96
Plástica	163	4,67
Bucomaxilo facial (BMF)	154	4,41
Oftalmologia	80	2,29
Vascular	73	2,09
Fissurados	71	2,03
Bases e técnicas cirúrgicas	53	1,52
Neurocirurgia	34	0,97
Coloprocto	24	0,69
Cardíaca	18	0,52
Endoscopia	14	0,40
Ortopedia	10	0,29
Bariátrica	6	0,17
Digestiva	6	0,17
Reumatologia	5	0,14
Nefrologia	1	0,03

Oncológica	1	0,03
Radiologia	1	0,03
Dermatológica	0	0,00
Obstetrícia	0	0,00

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

A análise da planilha revelou que três especialidades cirúrgicas lideram o percentual de suspensões, sendo responsáveis, em conjunto, por 44,87% dos procedimentos suspensos. Essas especialidades são: cirurgia ginecológica, cirurgia geral e cirurgia de cabeça e pescoço, as quais também correspondem às áreas com maior volume de procedimentos realizados na instituição. Este dado é altamente significativo, pois reflete a concentração de suspensões em especialidades críticas para o funcionamento do serviço de saúde e evidencia pontos estratégicos para intervenções que visem à melhoria dos índices de suspensão.

No total, foram registrados 3.490 pacientes, entretanto, devido à presença de 10 procedimentos classificados como multi-especialidade, a soma de registros atribuídos às especialidades alcançou 3.500 casos. Essa discrepância, embora pequena, reforça a necessidade de considerações cuidadosas na classificação dos dados e na análise de procedimentos que envolvem mais de uma especialidade.

Além disso, foi possível investigar os cancelamentos relacionados à técnica anestésica. Nesse contexto, foram encontrados 3.577 registros contendo informações sobre o tipo de técnica utilizada, enquanto 162 registros (4,33%) não apresentavam esse dado. A ausência dessas informações pode limitar a análise detalhada do impacto da anestesia nas suspensões, destacando a importância de reforçar a padronização e o preenchimento completo das informações nos sistemas de registro.

Tabela 4. Técnica anestésica a ser utilizada.

Tipo de Anestesia (n = 3577)	Frequência	Percentual
Geral	1930	53,96
Sedação	658	18,40
Raquidiana	438	12,24
Local	322	9,00
Bloqueio	13	0,36
Peridural	12	0,34
ACM	2	0,06

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Os dados analisados mostram que o percentual de suspensões relacionadas à anestesia geral é superior à soma de todas as outras técnicas anestésicas combinadas, evidenciando a necessidade de uma maior atenção no estudo pré-operatório de pacientes cujos procedimentos exigem essa técnica. Essa constatação ressalta a importância de implementar abordagens mais

criteriosas na avaliação pré-anestésica, como a identificação precoce de fatores de risco clínico e a otimização dos processos de preparo pré-operatório, o que pode contribuir para a redução das taxas de suspensão. Além disso, ações específicas voltadas para capacitação das equipes e ajustes nos fluxos operacionais representam uma oportunidade significativa para melhorias.

Análise Qualitativa das Causas e Subcausas de Suspensão de Procedimentos Cirúrgicos

A pesquisa também teve como objetivo principal analisar qualitativamente as causas de suspensão de cirurgias, classificando-as em causas primárias e secundárias, organizadas em cinco categorias principais: causas assistenciais, relacionadas aos processos de cuidado e à transmissão de informações ao paciente, como falhas na orientação ou preparo pré-operatório; causas administrativas, referentes a problemas nos processos de provisão e previsão cirúrgica, como agendamentos incorretos ou conflitos de agenda; causas estruturais, ligadas à estrutura organizacional do hospital, incluindo falta de equipamentos, indisponibilidade de leitos ou falhas logísticas; causas relacionadas ao paciente, que incluem condições clínicas inadequadas, questões sociais ou ausências não justificadas; e outras causas, como prolongamentos de cirurgias anteriores, não autorização para internação e eventos imprevistos.

A análise foi baseada nas justificativas registradas na planilha, totalizando 3.581 registros completos, após a exclusão de 158 registros que estavam incompletos. Os resultados mostraram que as causas assistenciais representam uma parcela significativa das suspensões, muitas vezes relacionadas à falta de informações claras ou ao preparo inadequado dos pacientes. As causas administrativas demonstram a necessidade de processos bem estruturados, já que problemas no agendamento e conflitos operacionais foram identificados como fatores recorrentes. As causas estruturais evidenciam a necessidade de investimentos em infraestrutura hospitalar para assegurar a disponibilidade de recursos adequados. As causas relacionadas aos pacientes refletem a importância de um acompanhamento mais próximo de pacientes com condições clínicas frágeis ou barreiras sociais, enquanto outros fatores, como prolongamentos de cirurgias anteriores ou questões burocráticas, embora menos frequentes, também exercem impacto nas suspensões.

Tabela 5. Justificativas para suspensões.

Motivo de Suspensão (n = 3581)	Frequência	Percentual
Assistenciais inerentes ao processo de cuidado e informação ao paciente	678	18,93
Administrativos relacionados aos processos de provisão e previsão cirúrgica	519	14,49
Estruturais associados a estrutura organizacional do hospital	482	13,46

Sociais e ausências não justificadas	1439	40,18
Outros prolongamentos cirúrgicos, não autorização de internamento e demais eventos	463	12,93

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

A análise das causas primárias de suspensão revelou que o maior percentual está relacionado a condições clínicas, sociais e ausências não justificadas dos pacientes, que representaram 40,18% do total. Essa categoria reflete desafios como o controle inadequado de condições pré-existentes, dificuldades logísticas ou sociais enfrentadas pelos pacientes, bem como casos em que o paciente não compareceu ao procedimento sem justificativa prévia. Esse alto percentual destaca a necessidade de estratégias focadas em um acompanhamento mais próximo, educação pré-operatória e medidas para minimizar barreiras sociais que impactam diretamente a adesão dos pacientes aos procedimentos.

Em seguida, as questões inerentes ao processo de cuidado e informação ao paciente foram responsáveis por 18,93% das suspensões. Esses dados indicam falhas na comunicação entre equipes de saúde e pacientes, bem como problemas no preparo pré-operatório, que podem ser mitigados por melhorias nos fluxos de informação e na educação dos pacientes sobre os procedimentos.

As causas assistenciais, relacionadas aos processos de cuidado direto, foram responsáveis por 14,49% das suspensões. Essas incluem problemas como atrasos ou ausência de orientações específicas, além de falhas técnicas ou organizacionais que impactam diretamente a preparação e execução dos procedimentos.

Já as causas estruturais, associadas à organização e infraestrutura hospitalar, representaram 13,46% das suspensões. Esses dados refletem a importância de garantir a disponibilidade de recursos físicos e humanos adequados, bem como de aprimorar a gestão logística para evitar interrupções por falta de equipamentos, leitos ou outros recursos essenciais.

Por fim, a categoria "outros fatores", que inclui prolongamentos de cirurgias anteriores, não autorização para internação e eventos imprevistos, foi responsável por 12,93% das suspensões. Embora menor em proporção, esta categoria destaca a relevância de planejar adequadamente o tempo cirúrgico e antecipar possíveis contratempos administrativos ou operacionais, conforme descrito na tabela abaixo.

Tabela 6. Causas de suspensão.

Motivo de Suspensão	Frequência	Percentual
Assistenciais inerentes ao processo de cuidado e informação ao paciente		
Pré operatório adequado	418	61,65
Recomendações pré operatórias	127	18,73
Falta de condições clínicas	55	8,11

Progressão ou remissão do quadro	47	6,93
Outros	31	4,57
Administrativos relacionados aos processos de provisão e previsão cirúrgica		
Falta de material	178	34,30
Falta de leito de UTI	137	26,40
Falta de equipe	68	13,10
Falta de leito clínico	62	11,95
Falta de equipamento	50	9,63
Falta de medicação	18	3,47
Falta de hemoconcentrados	6	1,16
Estruturais associados a estrutura organizacional do hospital		
Ausência de cirurgião justificada	108	22,41
<i>Atestado</i>	63	58,33
<i>Férias</i>	31	28,70
<i>Licença</i>	11	10,19
<i>Congresso</i>	2	1,85
<i>Abono</i>	1	0,93
Decisão administrativa	101	20,95
Ausência do cirurgião não justificada	92	19,09
Agendamento errado	61	12,66
Já realizada	49	10,17
Falha de comunicação	36	7,47
Óbito	15	3,11
Atraso de programação	9	1,87
Negativa do cirurgião	7	1,45
Articulação entre equipes	4	0,83
Sociais e ausências não justificadas		
Ausência não justificada	743	51,63
Condições clínicas	488	33,91
<i>Afecções de vias aéreas</i>	277	56,76
<i>Não especificado</i>	93	19,06
<i>Afecções cutâneas</i>	39	7,99
<i>Afecções do sistema reprodutor</i>	31	6,35
<i>Afecções de trato urinário</i>	27	5,53
<i>Afecções dos olhos, ouvidos e garganta</i>	12	2,46
<i>Afecções do trato digestivo</i>	9	1,84
Covid +	116	8,06
Desistência	41	2,85
Condições sociais	20	1,39
Evasão	13	0,90
Tabagista (não suspendeu uso do cigarro)	11	0,76
Condições Emocionais	7	0,49
Outros prolongamentos cirúrgicos, não autorização de internamento e demais eventos		
Prolongamento cirúrgico	197	42,55

Motivo não informado	191	41,25
Outros	54	11,66
<i>Intercorrências com o paciente</i>	27	50,00
<i>Problemas elétricos</i>	10	18,52
<i>Problemas hidráulicos</i>	9	16,67
<i>Problemas com equipe</i>	8	14,81
Substituído por Procedimento de urgência	18	3,89
Falta de autorização	3	0,65

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Análise Qualitativa das Causas e Subcausas de Suspensão de Procedimentos Cirúrgicos

A análise das suspensões de procedimentos cirúrgicos revelou um cenário multifatorial envolvendo questões assistenciais, administrativas, estruturais, sociais e outros eventos que impactam diretamente a continuidade e eficiência do tratamento médico. Esses fatores foram classificados em categorias principais que abrangem desde questões clínicas e organizacionais até aspectos relacionados às condições sociais dos pacientes. A seguir, discute-se cada uma dessas categorias com base em sua frequência e impacto no sistema de saúde.

Causas Assistenciais

As causas assistenciais desempenharam um papel significativo nas suspensões, sendo 61,65% das ocorrências nesta categoria atribuídas à adequação do pré-operatório. Este número expressivo evidencia que a maioria dos adiamentos nessa categoria decorre da falta de preparo adequado dos pacientes para a cirurgia, incluindo casos de não adesão às orientações médicas, problemas relacionados à realização de exames prévios ou inadequação nos cuidados clínicos necessários antes do procedimento.

Além disso, 18,73% das causas assistenciais estão relacionadas à falta de recomendações pré-operatórias, indicando lacunas na comunicação entre a equipe de saúde e os pacientes. Isso demonstra a necessidade de aprimorar a transmissão de informações sobre o preparo para as cirurgias e de reforçar a adesão dos pacientes às recomendações clínicas. Outras causas relevantes incluem a falta de condições clínicas (8,11%), que aponta para problemas no acompanhamento prévio do estado de saúde dos pacientes, e a progressão ou remissão do quadro clínico (6,93%), que reflete mudanças nas condições de saúde do paciente que tornaram inviável a realização do procedimento na data programada.

Essas causas evidenciam a necessidade de intervenções direcionadas para aprimorar o preparo pré-operatório e reforçar os protocolos assistenciais, garantindo que os pacientes estejam em condições ideais para o procedimento no momento do agendamento.

Causas Administrativas

As causas administrativas também apareceram como um dos principais motivos de suspensão de procedimentos cirúrgicos, com destaque para a falta de material (34,30%), que foi a principal causa nesta categoria. A insuficiência de suprimentos essenciais reflete falhas no planejamento e na logística hospitalar, apontando para a necessidade de processos mais robustos de previsão de recursos.

A falta de leitos de UTI foi outro fator significativo, correspondendo a 26,40% das causas administrativas. Essa limitação representa um problema crítico para a realização de cirurgias, especialmente em procedimentos que exigem monitoramento intensivo no pós-operatório. Outras causas incluem a falta de equipe (13,10%), que pode estar relacionada a desafios na alocação e gestão de recursos humanos, a falta de leitos clínicos (11,95%) e a falta de equipamentos (9,63%), todas associadas à incapacidade de atender às demandas crescentes de pacientes de maneira eficiente.

Adicionalmente, suspensões foram causadas pela falta de medicação (3,47%) e hemoconcentrados (1,16%), o que comprometeu a segurança dos pacientes e impossibilitou a realização de alguns procedimentos. Essas falhas destacam a importância de um planejamento logístico mais rigoroso e uma melhor integração entre os setores administrativos e operacionais dos hospitais.

Causas Estruturais

As causas estruturais, ligadas à organização interna e aos recursos físicos disponíveis no hospital, também apresentaram uma influência significativa nas suspensões de procedimentos cirúrgicos. Entre essas, a ausência de profissional médico justificado foi a mais prevalente, representando 22,41% dos casos. As principais justificativas para a ausência foram atestados médicos (58,33%) e férias (28,70%), o que evidencia problemas na gestão de escalas e na previsão de ausências.

Outro fator importante nesta categoria foi a decisão administrativa (20,95%), em que procedimentos eletivos foram substituídos por emergências hospitalares, um reflexo da priorização necessária em contextos de alta demanda. Ainda assim, essa prática reforça a

importância de uma gestão mais equilibrada entre cirurgias emergenciais e eletivas, de forma a minimizar impactos na agenda planejada.

Além disso, a ausência de cirurgião não justificada representou 19,09% das causas estruturais, apontando para problemas de comunicação interna e de coordenação na escala de profissionais. Também foram identificados agendamentos errados (12,66%) e falhas de comunicação (7,47%), que refletem dificuldades nos processos internos de planejamento e na interação entre equipes, afetando diretamente a eficiência operacional.

A análise dessas causas estruturais ressalta a necessidade de aprimorar a gestão de recursos humanos, fortalecer os sistemas de agendamento e comunicação e garantir que a infraestrutura hospitalar esteja adequada para atender às demandas das cirurgias programadas. Cada uma dessas questões contribui de forma significativa para os adiamentos e requer atenção específica para sua resolução.

Causas Sociais e Ausências Não Justificadas

As ausências não justificadas dos pacientes representaram a maior frequência de suspensões na categoria social, somando 51,63% dos casos. Este dado é especialmente preocupante, pois reflete uma significativa falta de adesão dos pacientes aos procedimentos cirúrgicos programados. A ausência sem justificativa pode ser atribuída a diversos fatores, como questões pessoais ou sociais não abordadas adequadamente pelos serviços de saúde. A falta de adesão pode estar relacionada tanto a barreiras logísticas, como dificuldade de transporte e acesso ao hospital, quanto a uma comunicação insuficiente sobre a importância dos procedimentos e os riscos do não comparecimento.

Além disso, condições clínicas contribuíram para 33,91% das suspensões nessa categoria, com destaque para afecções de vias aéreas (56,76%), como gripes e resfriados, que contraindicam temporariamente a realização de cirurgias. A COVID-19 representou 8,06% dos casos, mostrando o impacto contínuo da pandemia nos serviços de saúde e na realização de procedimentos eletivos. A disseminação do vírus levou a interrupções e restrições, mesmo após o início do período de controle da doença.

Outros fatores menos prevalentes, mas igualmente importantes, incluem condições sociais (1,39%), como dificuldades econômicas ou falta de apoio familiar; evasão dos pacientes (0,90%), que pode indicar falta de confiança no sistema de saúde; e tabagismo (0,76%), uma condição que interfere diretamente nos critérios de segurança para o procedimento anestésico e cirúrgico. Esses fatores refletem a necessidade de estratégias que abordem as barreiras sociais

e clínicas enfrentadas pelos pacientes, bem como a implementação de programas educativos para melhorar a adesão e o entendimento sobre a relevância das cirurgias programadas.

Outros Prolongamentos Cirúrgicos e Eventos Não Autorizados

A categoria de prolongamentos cirúrgicos e eventos não autorizados inclui fatores imprevisíveis que impactam a execução dos procedimentos. O prolongamento cirúrgico foi a principal causa nesta categoria, representando 42,55% dos casos. Essa ocorrência está associada a complicações intraoperatórias em cirurgias realizadas previamente, que podem prolongar o uso de salas cirúrgicas, equipamentos e equipes além do tempo estimado, gerando atrasos ou adiamentos subsequentes.

Outra causa relevante nesta categoria foram os motivos não informados, que somaram 41,25% das ocorrências. A ausência de informações claras nos registros administrativos prejudica a análise detalhada e a identificação de padrões, ressaltando a necessidade de maior rigor e transparência no preenchimento dos dados hospitalares.

Além disso, intercorrências com o paciente foram responsáveis por 50% dos casos analisados, indicando a necessidade de protocolos mais robustos para a prevenção e gestão de complicações clínicas durante ou imediatamente antes das cirurgias. Problemas técnicos relacionados à infraestrutura também foram notáveis, com problemas elétricos representando 18,52% e problemas hidráulicos somando 16,67% das causas nesta categoria. Esses eventos destacam a vulnerabilidade dos sistemas hospitalares a falhas estruturais, que podem impactar diretamente a realização das cirurgias programadas.

Os dados evidenciam a importância de aprimorar a gestão de recursos e infraestrutura hospitalar, incluindo manutenção preventiva dos sistemas e revisão dos protocolos para otimizar o uso das salas cirúrgicas e minimizar atrasos. A implementação de processos mais rigorosos para o registro e análise de causas não informadas também contribuiria significativamente para o entendimento das interrupções e para a criação de estratégias para mitigar esses eventos no futuro.

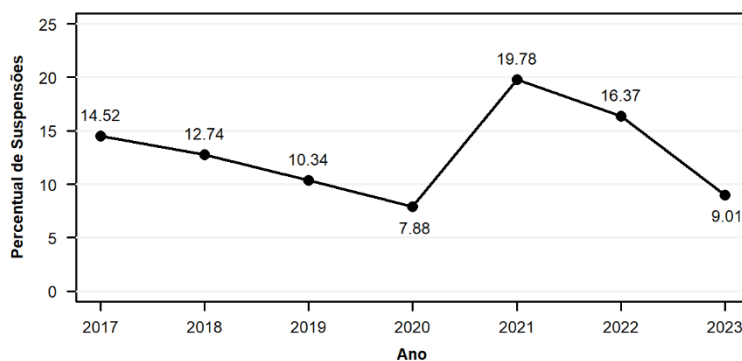
Análise Estatística

A análise estatística realizada sobre a média anual de suspensões de procedimentos cirúrgicos, considerando o período de 2017 a 2023, revelou uma taxa média de suspensões de $12,95\% \pm 4,26\%$. Este valor reflete a proporção de cirurgias adiadas em relação ao total de procedimentos agendados anualmente durante o período analisado.

Entre os anos avaliados, o menor percentual de suspensões foi registrado em 2020, com 7,88%, enquanto o maior percentual foi observado no ano de 2021, alcançando 19,79%. Esses dados demonstram variações significativas na taxa de suspensões ao longo do tempo, o que pode ser associado a diferentes contextos e desafios enfrentados a cada ano.

O menor índice de 2020 está diretamente relacionado ao impacto inicial da pandemia de COVID-19, que resultou em uma redução drástica dos agendamentos de procedimentos eletivos devido às restrições sanitárias e à priorização de atendimentos de emergência. Já o pico de 2021 reflete o momento de retomada das atividades cirúrgicas em meio a uma sobrecarga nos sistemas de saúde, combinada com o impacto contínuo da pandemia, como atrasos no preparo pré-operatório e a alta demanda reprimida de procedimentos.

Figura 1. Percentual de suspensão dos procedimentos por ano ao longo dos anos.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

A análise temporal das taxas de suspensão de procedimentos cirúrgicos no período de 2017 a 2023 demonstrou que o comportamento geral da série pode ser classificado como estacionário ($p = 0,995$), indicando a ausência de tendências significativas de crescimento ou redução ao longo do tempo. Contudo, ao segmentar a série temporal em intervalos específicos, padrões distintos emergem, refletindo os impactos de fatores contextuais e operacionais em períodos determinados.

De 2017 a 2020, a série apresentou um comportamento decrescente ($p = 0,002$), com uma taxa média de redução de 2,23 pontos percentuais por ano. Essa tendência pode ser atribuída a melhorias graduais nos processos operacionais e à maior estabilidade dos sistemas hospitalares nesse período, o que pode ter contribuído para a redução das taxas de suspensão. O ponto mais baixo da série foi registrado em 2020, com uma taxa de suspensão de 7,88%, reflexo direto das restrições impostas pela pandemia de COVID-19, que levou à suspensão generalizada de cirurgias eletivas durante a maior parte do ano.

No entanto, entre 2020 e 2021, houve uma interrupção abrupta da tendência de redução, com um aumento expressivo no percentual de suspensões, que saltou de 7,88% para 19,78%. Esse aumento está diretamente relacionado às repercussões da pandemia de COVID-19. Inicialmente, houve uma suspensão completa dos procedimentos eletivos, seguida da liberação apenas de cirurgias consideradas essenciais, como as oncológicas ou aquelas cuja postergação causaria danos significativos à saúde dos pacientes. Além disso, os critérios rigorosos adotados para a retomada dos procedimentos contribuíram para o aumento das suspensões, como a exclusão de pacientes com qualquer sinal de doença respiratória ou aqueles que testaram positivo para COVID-19, mesmo quando assintomáticos.

Por outro lado, no intervalo de 2021 a 2023, a análise visual sugere uma tendência de decrescimento no percentual de suspensões. Contudo, essa tendência não foi confirmada estatisticamente ($p = 0,133$), possivelmente devido ao curto período analisado e ao comportamento mais variável das taxas neste intervalo. A ausência de significância estatística reforça a necessidade de acompanhar essa série em períodos futuros para determinar se há, de fato, uma estabilização ou reversão consistente na tendência após o impacto inicial da pandemia.

Os eventos ocorridos entre 2020 e 2021 refletem o impacto substancial que a pandemia de COVID-19 teve sobre o sistema cirúrgico, alterando padrões previamente observados e introduzindo novos desafios. A priorização de cirurgias essenciais e as restrições impostas para minimizar os riscos de contágio, como a suspensão de procedimentos para pacientes com sinais de doenças respiratórias, foram medidas necessárias para a preservação da saúde pública, mas também resultaram em um aumento temporário das taxas de suspensão. Esses aspectos serão explorados mais detalhadamente nas análises específicas das variáveis desta pesquisa, com o objetivo de compreender melhor os fatores subjacentes e propor estratégias para minimizar os impactos em futuras crises semelhantes.

Tabela 7. Análise Temporal das Suspensões de Procedimentos Cirúrgicos (2017-2023)

Período	AAPC*/APC**	IC 95%	p-valor	Tendência
2017 a 2023*	0,01	-2,26 a 2,27	0,995	Estacionário
2017 a 2020**	-2,23	-2,72 a -1,74	0,002	Decrescente
2021 a 2023**	-5,38	-19,92 a 9,15	0,133	Estacionário

Fonte: Elaborado pela autora, 2024. (*AAPC - Average Annual Percent Change / **APC - Average Percent Change)

A análise das causas de suspensão de procedimentos cirúrgicos ao longo dos anos revelou que as causas sociais e ausências não justificadas mantiveram-se como o motivo predominante de adiamentos, superando as demais categorias. Embora tenha sido observada uma oscilação em 2020, com a redução percentual dessas causas, seguiu-se um novo aumento em 2021. Apesar dessas variações, os dados não indicaram a existência de uma tendência significativa na série temporal ($p > 0,05$), sugerindo que os fatores sociais mantiveram-se relativamente constantes em termos de impacto geral ao longo do período analisado.

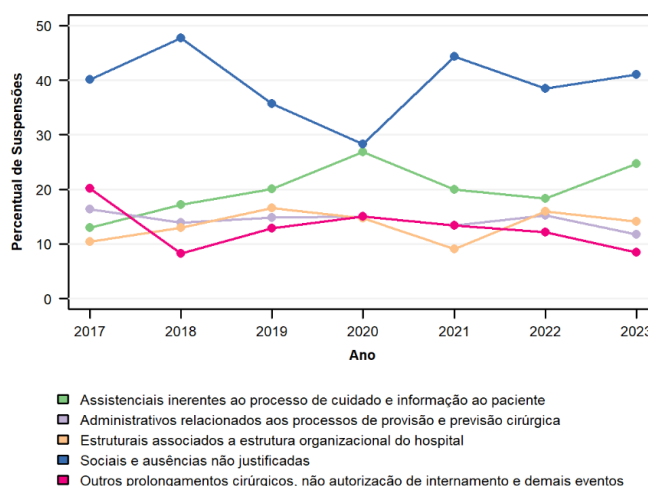
Por outro lado, em 2020, houve um aumento notável nas causas assistenciais relacionadas ao processo de cuidado e informação ao paciente. Esse comportamento reflete um crescimento significativo de 2017 a 2020 ($p = 0,015$), com um aumento médio de 4,44% ao ano. Essa tendência pode estar associada a falhas nos processos de comunicação e preparação dos pacientes para os procedimentos, intensificadas pelas restrições e adaptações impostas pela pandemia de COVID-19, que exigiram mudanças rápidas nos protocolos hospitalares.

Em contrapartida, as causas relacionadas a outros prolongamentos cirúrgicos, não autorização de internamento e demais eventos apresentaram um comportamento inverso. Entre 2020 e 2023, foi observada uma tendência de decrescimento significativa ($p = 0,029$), com uma redução média de 2,10% ao ano. Essa diminuição pode ser reflexo de melhorias graduais nos processos operacionais e na alocação de recursos hospitalares, permitindo maior previsibilidade e menor ocorrência de eventos inesperados que comprometam o andamento das cirurgias.

Para as demais causas de suspensão analisadas, como fatores estruturais e administrativos, não foram identificadas tendências significativas na série temporal, indicando um comportamento relativamente estável ao longo dos anos. Esse padrão é visível na análise gráfica (Figura 2), que ilustra a distribuição percentual das categorias de suspensão e reforça a necessidade de estratégias direcionadas às causas predominantes, como sociais e assistenciais, para redução dos índices de suspensão e melhoria da eficiência hospitalar.

A Figura 2 ilustra a distribuição percentual das causas de suspensão de procedimentos cirúrgicos ao longo do período analisado, destacando as variações entre os diferentes fatores contribuintes. Observa-se que as causas sociais e ausências não justificadas se mantêm predominantes em relação às demais categorias, sendo responsáveis por uma parcela expressiva dos adiamentos. Apesar de oscilações pontuais, como a redução observada em 2020 e o aumento em 2021, os dados não apontaram para uma tendência estatisticamente significativa ao longo do tempo ($p > 0,05$). Este comportamento pode ser atribuído a uma relativa estabilidade no impacto dos fatores sociais, ainda que eventos externos, como a pandemia de COVID-19, tenham influenciado temporariamente os índices.

Figura 2. Causas de suspensão associados ao respectivo ano.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Em contraste, as causas assistenciais relacionadas ao processo de cuidado e informação ao paciente apresentaram um crescimento consistente de 2017 a 2020, com uma tendência significativa de aumento anual de 4,44% ($p = 0,015$). Esse crescimento reflete possíveis falhas nos processos de comunicação e preparação dos pacientes, exacerbadas pelas mudanças rápidas nos protocolos hospitalares durante a pandemia.

Por outro lado, as causas classificadas como outros prolongamentos cirúrgicos, não autorização de internamento e eventos diversos apresentaram uma tendência de redução de 2020 a 2023, com um decaimento médio anual de 2,10% ($p = 0,029$). Essa queda pode estar associada a melhorias na gestão de recursos e na previsibilidade das operações hospitalares. As demais categorias, como causas administrativas e estruturais, demonstraram comportamentos estacionários, sem variações estatisticamente significativas ao longo do período analisado.

A Tabela 8 apresenta uma análise detalhada das tendências associadas às diferentes categorias de causas de suspensão de cirurgias, com subdivisões por períodos específicos (2017 a 2023, 2017 a 2020 e 2020 a 2023). Os resultados indicam que a maioria das variáveis apresenta comportamento estacionário no longo prazo ($p > 0,05$), com exceções notáveis em períodos segmentados.

As causas assistenciais relacionadas ao cuidado e informação ao paciente exibiram uma tendência de crescimento significativa de 2017 a 2020, com uma taxa média de aumento de 4,44% ao ano ($p = 0,015$). No entanto, no período de 2020 a 2023, o comportamento estacionário retornou ($p = 0,733$), possivelmente refletindo estabilizações após o impacto inicial da pandemia.

Tabela 8. Tendências e causas de suspensão.

Período	AAPC/APC*	IC 95%	p-valor	Tendência
Assistenciais inerentes ao processo de cuidado e informação ao paciente				
2017 a 2023	1,33	-0,61 a 3,26	0,138	Estacionário
2017 a 2020*	4,44	2,07 a 6,81	0,015	Crescente
2020 a 2023*	-0,82	-9,86 a 8,21	0,733	Estacionário
Administrativos relacionados aos processos de provisão e previsão cirúrgica				
2017 a 2023	-0,45	-1,06 a 0,15	0,113	Estacionário
Estruturais associados a estrutura organizacional do hospital				
2017 a 2023	0,34	-1,09 a 1,78	0,564	Estacionário
Sociais e ausências não justificadas				
2017 a 2023	-0,26	-3,57 a 3,06	0,850	Estacionário
2017 a 2020*	-4,75	-17,41 a 7,91	0,248	Estacionário
2020 a 2023*	3,24	-9,7 a 16,18	0,394	Estacionário
Outros prolongamentos cirúrgicos, não autorização de internamento e demais eventos				
2017 a 2023	-0,96	-2,83 a 0,92	0,246	Estacionário
2017 a 2020*	-1,07	-12,33 a 10,19	0,723	Estacionário
2020 a 2023*	-2,10	-3,67 a -0,53	0,029	Decrescente

Fonte: Elaborado pela autora, 2024. (*AAPC - Average Annual Percent Change / **APC - Average Percent Change)

Entre as causas administrativas e estruturais, os dados não indicaram tendências significativas em nenhum dos períodos analisados, evidenciando uma estabilidade relativa nos fatores associados à gestão hospitalar e infraestrutura. A ausência de tendências pode refletir a natureza crônica dessas limitações e a falta de intervenções estruturadas para endereçar essas questões.

As causas sociais e ausências não justificadas também demonstraram comportamento estacionário no período completo e nas divisões temporais ($p > 0,05$), embora a análise qualitativa sugira oscilações momentâneas, como a redução em 2020 e o aumento em 2021. Isso reflete a necessidade de ações consistentes para abordar barreiras sociais e melhorar a adesão dos pacientes.

Finalmente, a categoria de outros prolongamentos cirúrgicos, não autorização de internamento e eventos diversos apresentou uma tendência significativa de decrescimento de 2020 a 2023, com uma taxa média de redução de 2,10% ao ano ($p = 0,029$). Este resultado sugere avanços na gestão de imprevistos operacionais e na alocação de recursos hospitalares, permitindo maior previsibilidade nas operações cirúrgicas.

A Tabela 8 fornece uma visão abrangente das dinâmicas temporais das causas de suspensão, evidenciando a necessidade de intervenções específicas para abordar os fatores crescentes e manter as melhorias nas categorias em declínio. A combinação dos resultados da figura e da tabela reforça a importância de ações direcionadas para maximizar a eficiência hospitalar e reduzir os índices de adiamento.

Considerando que cada uma das variáveis estudadas compreendem situações abrangentes subdividindo-se em causas primárias e secundárias do problema, sendo eles assistenciais inerentes ao processo de cuidado e informação ao paciente, administrativos relacionados aos processos de provisão e previsão cirúrgica, estruturais associados a estrutura organizacional do hospital, relacionados ao paciente, condições clínicas, sociais e ausências não justificadas e outros prolongamentos cirúrgicos, não autorização de internamento e demais eventos. Foi realizada uma categorização e avaliação das causas secundárias e seu impacto em cada uma das variáveis acima citadas.

6. DISCUSSÃO

A suspensão de cirurgias eletivas é um problema recorrente no sistema de saúde brasileiro, especialmente nos hospitais públicos, e apresenta causas multifatoriais que refletem desafios em diversas áreas, desde o planejamento administrativo até a execução prática do cuidado ao paciente. Esse tema, abordado nos documentos fornecidos, ilustra tanto as dificuldades de gestão quanto as consequências que atingem os pacientes, os profissionais de saúde e as próprias instituições, ressaltando a necessidade de uma abordagem integrada para minimizar seus impactos (Garcia & Fonseca, 2013).

A suspensão de cirurgias pode resultar em agravamento da saúde dos pacientes, especialmente para aqueles com condições graves que exigem procedimentos cirúrgicos para tratamento. O adiamento de cirurgias pode levar ao agravamento de doenças, o que coloca os pacientes em risco de complicações, além de aumentar o tempo de sofrimento e a necessidade de tratamentos subsequentes, mais complexos e caros. Os pacientes cujos procedimentos foram suspensos podem ser obrigados a esperar mais tempo para serem reavaliados e reagendados, prolongando o tempo de vulnerabilidade. Isso pode resultar em condições de saúde mais críticas e em complicações que poderiam ser evitadas com um tratamento cirúrgico oportuno. A literatura aponta que a demora no tratamento de condições como câncer, doenças cardiovasculares ou mesmo intervenções ortopédicas podem levar a uma piora substancial na saúde e na qualidade de vida do paciente (Bauer et al., 2021).

Para muitos pacientes, a suspensão de uma cirurgia já agendada acarreta custos adicionais, como a necessidade de novos exames, transporte, remarcação e, em alguns casos, custos com tratamentos paliativos enquanto aguardam uma nova oportunidade de cirurgia. Além disso, famílias inteiras podem ser afetadas, especialmente em situações em que o paciente é responsável pelo sustento ou quando o paciente necessita de cuidados adicionais durante o período de espera (Gama & Bohomol, 2020).

Considerando apenas as suspensões onde todos os dados estavam inseridos na planilha chegou-se a um total de 3739 suspensões cirúrgicas, sabendo-se que um procedimento cirúrgico pode requerer uma média de 3:30 horas de ocupação de sala entre a chegada do paciente em sala de cirurgia e o final da cirurgia (Vanni, 2020), chegamos há um total de 12.339,1 horas de sala cirúrgica ociosa, o que significa 1.028 turnos operatórios de 12 hora que não foram utilizados. O impacto financeiro também é significativo para os sistemas de saúde. A não utilização de salas de cirurgia, profissionais de saúde e outros recursos (como leitos e materiais) implica um desperdício de recursos públicos e privados, que poderiam ser mais bem alocados para outros pacientes que aguardam na fila de espera. Esse desperdício pode afetar a eficiência do sistema de saúde e levar a uma pressão crescente sobre os serviços de saúde, especialmente em tempos de alta demanda e escassez de recursos (Demindo et al., 2020).

Os pacientes de baixa renda, especialmente aqueles que dependem do SUS (Sistema Único de Saúde), podem ser os mais afetados pela suspensão de cirurgias, uma vez que o acesso a serviços de saúde já é limitado para essa população. O atraso na realização de procedimentos pode acentuar as desigualdades de acesso à saúde, uma vez que essas pessoas têm mais dificuldades de acesso a serviços privados ou alternativas para acelerar o processo (Rangel et al., 2019). Este estudo demonstrou que as ausências não justificadas dos pacientes representaram a maior frequência de suspensões na categoria social, somando 51,63% dos casos. Este dado é especialmente preocupante, pois reflete uma significativa falta de adesão dos pacientes aos procedimentos cirúrgicos programados cujas causas podem ser inúmeras desde sua condição social/financeira até a falta de entendimento das informações que lhe foram passadas pela instituição.

As taxas encontradas nesse estudo demonstram que 6.93% das causas assistenciais de suspensão foram por progressão ou remissão da doença, 3.11% das causas estruturais estavam relacionadas ao óbito do paciente antes do agendamento do procedimento, e 33.91 % das causas sociais eram relacionadas a agravos nas condições clínicas do paciente. Corroborando com estudo anterior (Machado et al., 2021) que afirma que a suspensão de uma cirurgia pode causar também o afastamento do paciente de suas atividades sociais e profissionais. Em casos de

doenças incapacitantes ou de recuperação pós-cirúrgica, os pacientes podem ser forçados a se ausentar de seus postos de trabalho por um período maior, o que pode ter consequências econômicas para as famílias, além de afetar o bem-estar psicológico e social dos indivíduos

Por conseguinte, a ansiedade e o estresse relacionados à suspensão de um procedimento cirúrgico são evidentes, especialmente para pacientes que já enfrentam condições de saúde graves. A incerteza sobre quando o procedimento será reagendado e a sensação de que seu tratamento foi adiado causou impacto psicológico negativo, levando a um aumento de quadros de depressão, ansiedade e outras condições emocionais, como se observa em estudos sobre o impacto da esperança em tratamentos médicos. A não realização da cirurgia também pode gerar um sentimento de desamparo e frustração, especialmente para os pacientes que precisam da cirurgia para uma recuperação rápida ou melhoria de sua qualidade de vida. Isso afeta não só o paciente, mas também seus familiares e cuidadores, que muitas vezes também lidam com o estresse emocional e psicológico decorrente da condição de saúde do paciente (Schellekens et al., 2019).

As causas das suspensões podem ser divididas em fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos estão relacionados diretamente às condições clínicas dos pacientes, como infecções, alterações nos exames pré-operatórios, estado hemodinâmico instável ou mesmo complicações de saúde não identificadas previamente. Esses fatores geralmente impossibilitam a realização do procedimento devido a riscos aumentados para o paciente (Moreira Júnior, 2019).

Por outro lado, os fatores extrínsecos estão ligados às condições estruturais e administrativas do hospital, incluindo a falta de leitos em unidades de terapia intensiva, indisponibilidade de materiais ou equipamentos essenciais, erros no planejamento cirúrgico e falhas de comunicação entre as equipes. Em um estudo específico, identificou-se que mais de 90% das suspensões de cirurgias decorrem de fatores extrínsecos, o que aponta para a necessidade urgente de aprimorar a gestão hospitalar (Costa et al., 2024). O presente estudo apontou 1982 registros de causa extrínsecas ao paciente o que representa 53% das suspensões cirúrgicas, nessa conta não foram consideradas as causas sociais apenas as falhas de planejamento.

Para as instituições hospitalares, as suspensões geram custos operacionais e financeiros elevados, comprometendo a eficiência dos centros cirúrgicos. A ocupação ociosa de salas de operação, a alocação inadequada de profissionais e a necessidade de reagendamento de procedimentos aumentam significativamente os gastos. Estima-se que o custo de um centro cirúrgico representa cerca de 40% das despesas totais de um hospital, e a suspensão de cirurgias

impacta diretamente nesse orçamento. Além disso, o efeito cascata de atrasos nas agendas cirúrgicas prejudica a imagem da instituição e reduz a confiança da população no sistema de saúde (Pinheiro et al., 2017). A suspensão de procedimentos cirúrgicos contribui diretamente para o aumento das filas de espera e congestionamento dos serviços públicos de saúde, o que cria um ciclo de ineficiência e sobrecarga no sistema. Esse efeito pode levar a um aumento da desconfiança da população no sistema público de saúde e contribuir para uma percepção de que os serviços são ineficazes e desorganizados, o que pode gerar uma diminuição da adesão da população ao sistema de saúde e aumentar a demanda por serviços privados, intensificando as desigualdades sem acesso (Saturno Hernandez, 2017).

Como destacado no estudo, a suspensão de um procedimento cirúrgico pode gerar um efeito cascata, onde não apenas o paciente que teve uma cirurgia suspensa é prejudicado, mas também aqueles que aguardam na fila. Ao não ser realizada uma cirurgia, essa vaga que poderia atender a outro paciente é desperdiçada, prolongando ainda mais a espera dos que chamam de atendimento. Isso contribui para a diminuição da eficiência do sistema e agrava o problema das longas listas de espera, uma questão persistente em muitos países, especialmente nos sistemas públicos de saúde (Caldwell et al., 2018).

Os dados apresentados no estudo destacam que a suspensão de cirurgias tem repercussões profundas não apenas no âmbito individual, mas também no coletivo, afetando a qualidade de vida, a saúde mental, a economia das famílias, a eficiência do sistema de saúde e acentuando as desigualdades sociais. O desperdício de recursos, a interrupção do trabalho, o agravamento das condições de saúde e o sofrimento psicológico são aspectos que precisam ser incluídos em políticas públicas voltadas para a eficiência e humanização no cuidado ao paciente (Santos et al., 2018).

Portanto, para reduzir esses impactos sociais, é necessário que sejam feitos investimentos na gestão de recursos, melhorias no atendimento e acolhimento de pacientes e planejamento estratégico, para garantir a realização de procedimentos cirúrgicos dentro do prazo e com a qualidade necessária. A redução das desigualdades no acesso à saúde e o fortalecimento da infraestrutura hospitalar também são passos importantes para minimizar os impactos sociais da suspensão de cirurgias (Sodré & El Fahl, 2022).

A suspensão de cirurgias gera uma pressão crescente sobre os sistemas de saúde, que, por sua vez, se reflete em vários níveis, tanto operacionais quanto sociais. Quando procedimentos cirúrgicos são adiados, uma fila de espera para cirurgias urgentes ou programadas tende a crescer, o que resulta em um atraso generalizado nos tratamentos e na sobrecarga de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Essa sobrecarga não afeta

apenas a qualidade do atendimento prestado, mas também pode causar um exame de recursos humanos, com sérios impactos na moral e na saúde mental dos profissionais, como já destacado por estudos sobre o impacto da sobrecarga no trabalho em ambientes de saúde (Shanafelt et al., 2019).

Além disso, a ineficiência no gerenciamento de recursos e vagas de leitos, somada ao aumento da demanda por procedimentos médicos, leva à criação de um círculo vicioso, onde a lentidão na gestão das cirurgias resulta em maior custo operacional, o que pode afetar aspectos de qualidade fazer serviço e gerar insatisfação geral, tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes. Em termos sociais, isso pode gerar uma percepção de que os serviços públicos de saúde são ineficazes, prejudicando a confiança da população nas políticas de saúde pública (Araújo et al., 2019).

No contexto dos hospitais públicos, onde a demanda geralmente excede a capacidade disponível, as suspensões criam gargalos que limitam ainda mais o acesso da população a serviços de saúde. A falta de recursos, tanto humanos quanto materiais, é um dos maiores desafios enfrentados. Estudos destacam que a falta de equipamentos ou materiais adequados, bem como a ausência de um planejamento cirúrgico eficiente, são causas recorrentes das suspensões. Além disso, a falta de integração entre os sistemas de agendamento e a ausência de estratégias preventivas eficazes contribuem para a perpetuação do problema (Botazini et al., 2015). Dentre as causas estruturais aqui apresentadas 19,9%% correspondem a ausência não justificada do cirurgião, 12,66% correspondiam á cirurgias agendadas de forma errada, 10,17% de procedimentos que já haviam sido realizados anteriormente, 7,47% correspondiam a atrasos não justificados, totalizando mais de 50% de suspensões relacionadas á ausências de estratégias e a falha de comunicação no sistema de agendamento.

Para mitigar as taxas de suspensão, diversas estratégias têm sido propostas. A informatização dos sistemas de agendamento surge como uma solução essencial para organizar melhor os processos e reduzir falhas humanas. O monitoramento contínuo de indicadores de qualidade também é crucial, permitindo que gestores identifiquem padrões de suspensão e implementem ações preventivas. Além disso, o treinamento contínuo das equipes de saúde é fundamental para conscientizar os profissionais sobre a importância de um planejamento eficiente e de uma comunicação clara com os pacientes. A realização de reuniões periódicas entre as equipes cirúrgicas e administrativas é outra medida recomendada para revisar os resultados e discutir melhorias (Carvalho et al., 2023).

A suspensão de cirurgias não afeta apenas os pacientes individualmente, mas também suas famílias e redes de apoio. Cuidadores, que em muitos casos são familiares próximos, como

pais, apoios ou filhos, enfrentam uma carga emocional e física elevada devido à necessidade de assistência ao paciente, o que pode resultar em impactos na dinâmica familiar. Além disso, o atraso na cirurgia pode levar a um prolongamento do sofrimento, afetando as relações familiares e gerando estresse adicional em membros da família que, muitas vezes, já estão lidando com dificuldades financeiras ou emocionais devido à condição de saúde do paciente (Costa et al., 2024).

Em termos de comunidade, a suspensão pode afetar a produtividade e o bem-estar social. Pacientes que não realizam seus procedimentos a tempo podem ser obrigados a se afastar de atividades cotidianas como o trabalho, o que impacta sua capacidade de geração de renda e, consequentemente, a economia local. Ao serem incapazes de contribuir para a economia devido à condição de saúde não tratada, essas pessoas não só enfrentam dificuldades econômicas pessoais, mas também podem afetar a economia regional, especialmente em comunidades onde a economia informal ou o trabalho de pequenos empresários é uma fonte significativa de sustentação (Conteratto et al., 2020).

Os pacientes com condições de saúde crônicas ou graves que enfrentam a suspensão de suas cirurgias tornam-se ainda mais vulneráveis socialmente. Quando uma cirurgia é adiada, o estado de saúde do paciente pode piorar, o que leva à necessidade de tratamento adicional e mais caro, tornando-se mais difícil para ele manter um trabalho estável ou cumprir com outras responsabilidades. A vulnerabilidade social é ampliada quando o paciente não tem acesso a recursos financeiros para garantir cuidados contínuos, e o sistema de saúde público, muitas vezes sobrecarregado, demora mais para reagendar ou realizar o procedimento necessário (Costa et al., 2024).

Além disso, pacientes com condições pré-existent (como doenças cardíacas, doenças respiratórias ou até câncer) podem sofrer um aumento na gravidade das comorbidades, resultando em necessidades de tratamentos mais intensivos e custos mais elevados. Em um contexto de dificuldades financeiras e desequilíbrios no acesso ao tratamento médico, essas pessoas podem ser marginalizadas ainda mais, criando um ciclo de exclusão social que afeta seu bem-estar físico, mental e econômico (Gama & Bohomol, 2020).

A ineficiência do sistema de saúde em garantir que os pacientes tenham acesso a tratamentos cirúrgicos em tempo hábil gera uma percepção negativa por parte da população, especialmente em comunidades que dependem exclusivamente do sistema público. Essa sensação de ineficiência pode minar a confiança da população nos serviços de saúde, afetando a adesão a programas de saúde pública e prejudicando a colaboração dos pacientes com as equipes médicas (Machado et al., 2021).

Quando pacientes enfrentam múltiplos adiamentos ou cancelamentos de procedimentos, muitos podem desenvolver um sentimento de frustração e desistir do tratamento. Isso não apenas prejudica a saúde dos indivíduos, mas também gera uma cultura de ceticismo em relação à eficácia das políticas de saúde pública. Consequentemente, as expectativas da população em relação à saúde pública ficam mais baixas, o que pode prejudicar a implementação de reformas políticas e sociais voltadas para a melhoria dos serviços de saúde (Moreira Júnior, 2019).

Os resultados do estudo também apontam para os desafios enfrentados pelas políticas de saúde pública no contexto de suspensões cirúrgicas. As suspensões têm o potencial de comprometer os objetivos das políticas de saúde pública, como a redução da mortalidade, o aumento do acesso ao tratamento e a melhoria da qualidade de vida da população. Quando as cirurgias não são realizadas de maneira eficiente, isso compromete o cumprimento dos indicadores de saúde pública, além de afetar diretamente a eficiência e a sustentabilidade dos sistemas de saúde pública (Moraes et al., 2017).

As políticas que não conseguem priorizar e garantir a execução eficiente dos procedimentos cirúrgicos podem enfrentar desafios para alcançar suas metas de saúde pública, exacerbando as desigualdades sociais e regionais já existentes. Portanto, uma reformulação das políticas de gestão de saúde é essencial para garantir que as cirurgias não sejam apenas agendadas, mas também realizadas de forma eficaz, minimizando o impacto social dessas suspensões. Além das medidas administrativas e técnicas, é fundamental que os pacientes sejam incluídos no processo de planejamento cirúrgico. Informá-los adequadamente sobre os riscos de suspensão e fornecer orientações claras sobre o preparo pré-operatório são passos importantes para evitar cancelamentos evitáveis. Reforça-se ainda a importância de ações preventivas simples, como a confirmação telefônica de agendamentos e a realização de visitas pré-anestésicas, que podem ajudar a reduzir as taxas de suspensão de forma significativa (Silva et al., 2020).

Corroborando com a pesquisa acima citada percebeu-se no estudo que 18,93% das suspensões foram relacionada com questões assistenciais inerentes ao processo de cuidado e informação ao paciente, e 40,18% foram relacionada problemas sociais e ausências não justificadas, a análise minuciosa das planilhas nos trás diversas justificativas quanto ao não comparecimento em que o paciente afirma não ter sido informado sobre dia e hora do procedimento, suspensão e/ou manutenção de tratamentos medicamentosos e da necessidade de trazer consigo os exames pré-operatórios e pareceres necessários a realização do procedimento.

Conclui-se que a suspensão de cirurgias eletivas é uma questão multifacetada que exige uma abordagem integrada e interdisciplinar para sua resolução. Melhorias no planejamento administrativo, investimento em tecnologia, capacitação das equipes de saúde e a priorização de um atendimento humanizado são medidas indispensáveis para minimizar os impactos dessa prática (Pinheiro et al., 2017). Embora os desafios sejam numerosos, estratégias bem-implementadas podem transformar o cenário atual, promovendo uma gestão hospitalar mais eficiente e uma experiência mais positiva para os pacientes.

7. PLANO DE INTERVENÇÃO PROPOSTO

Este plano detalhado abrange ações mais robustas e estratégicas para abordar as causas evitáveis do absenteísmo cirúrgico, reforçando os eixos Equipe, Organização e Processo de Trabalho e Comunicação Efetiva com o Paciente.

7.1. Equipe: Sensibilização e Capacitação

Objetivo: Assegurar que a equipe multidisciplinar esteja bem-preparada e alinhada com as melhores práticas para evitar absenteísmo cirúrgico.

Ações:

- Treinamentos Avançados e Personalizados:
- Realizar capacitações obrigatórias com base em casos reais, simulando falhas comuns no preparo pré-operatório.
- Introduzir cursos online de curta duração sobre habilidades interpessoais e técnicas, disponíveis em horários flexíveis para maior adesão.
- Criação de Núcleos de Excelência Operacional:
- Formar comitês de profissionais de diferentes áreas (médicos, enfermeiros, administrativos) para análise de incidentes e melhoria contínua de processos.
- Revisões regulares de desempenho:
- Avaliar os indicadores individuais e coletivos de performance dos envolvidos no agendamento e execução das cirurgias.
- Reconhecer boas práticas com incentivos (certificados, prêmios ou benefícios institucionais).

Capacitação em Tecnologia:

- Treinar a equipe no uso de ferramentas digitais integradas, como softwares de agendamento e rastreamento de pacientes.

7.2. Organização e Processo de Trabalho

Objetivo: Criar um sistema operacional eficiente, resiliente e sustentável para minimizar cancelamentos e otimizar recursos.

Ações:

- Análise de Capacidade Operacional:
- Realizar mapeamentos mensais para ajustar a disponibilidade de leitos, materiais e profissionais às demandas reais.
- Desenvolver relatórios preditivos usando inteligência artificial para antecipar problemas logísticos.

Estabelecimento de Protocolos Rigorosamente Validados:

- Padronizar protocolos operacionais com base nas melhores evidências científicas.
- Criar fluxogramas de decisão para o processo cirúrgico, abrangendo desde o agendamento até o acompanhamento pós-operatório.
- Sistema de Reagendamento Proativo:
- Implantar uma lista dinâmica para redistribuir horários cirúrgicos ociosos em tempo real, priorizando pacientes previamente desmarcados.

Automatização do Controle de Recursos:

- Implementar sistemas de controle de estoque para materiais e medicamentos cirúrgicos, com alertas automáticos de reposição, interligado com o agendamento cirúrgico.

Planejamento Estrutural de Longo Prazo:

- Realizar estudos de viabilidade para expansão da infraestrutura, como leitos de UTI, salas de cirurgia e equipamentos essenciais.
- Avaliar a necessidade de contratação de equipes adicionais.
- Desenvolver um painel de controle centralizado para acompanhar indicadores-chave, como taxa de absenteísmo, ocupação de salas e disponibilidade de leitos.

7.3. Comunicação Efetiva com o Paciente

Objetivo: Fortalecer a relação paciente-hospital, aumentando a adesão ao processo cirúrgico e reduzindo ausências.

Ações:

- Desenvolvimento de um Aplicativo Hospitalar:

- Criar uma plataforma que permita aos pacientes verificarem informações sobre suas cirurgias, receber lembretes automáticos, enviar dúvidas e acessar materiais educativos.

Campanhas Educativas:

- Lançar campanhas de conscientização sobre a importância do comparecimento, usando redes sociais, mensagens de texto e vídeos educativos.
- Confirmação Proativa e Múltiplos Canais de Contato:
- Adotar métodos de confirmação que utilizem diferentes canais, como telefone, SMS, WhatsApp e e-mail, para facilitar a interação com pacientes de diferentes perfis.
- Designar profissionais ou voluntários ou ainda envolver os estudantes no processo de informação ao paciente criando extensões junto à universidade como ponte que orientem pacientes durante todo o processo cirúrgico, esclarecendo dúvidas e garantindo o cumprimento de protocolos pré-operatórios.

Suporte Personalizado a Pacientes Vulneráveis:

- Criar programas específicos para pacientes idosos, com baixa escolaridade ou barreiras sociais, como transporte ou assistência domiciliar.

Feedback Contínuo:

- Após cada cirurgia, coletar feedback dos pacientes sobre o processo de agendamento e preparo, utilizando questionários digitais ou entrevistas presenciais.
- Usar os dados coletados para ajustar os processos e melhorar continuamente a experiência do paciente.

Centro de Atendimento ao Usuário:

- Estabelecer um call center especializado, com atendentes capacitados para resolver problemas rapidamente, como reagendamentos ou esclarecimento de dúvidas.

Educação Pré-operatória Obrigatória:

- Organizar encontros presenciais ou virtuais para orientar os pacientes sobre o processo cirúrgico, requisitos pré-operatórios e a importância de evitar cancelamentos.

7.4. Monitoramento e Avaliação Contínua

Objetivo: Garantir que as ações implementadas sejam eficazes e promovam melhorias mensuráveis.

Ações:

Relatórios Mensais e Anuais:

- Publicar relatórios detalhados com dados de absenteísmo, taxas de cancelamento e desempenho das ações implementadas.
- Revisões Periódicas:
- Realizar reuniões trimestrais com as equipes para revisar os indicadores e ajustar o plano de ação conforme necessário.
- Comparar os resultados do hospital com benchmarks nacionais e internacionais, adotando práticas de referência sempre que aplicável.
- Indicadores de Sucesso:
- Estabelecer metas claras, como redução de 20% no absenteísmo em um ano, aumento da taxa de ocupação das salas cirúrgicas e maior satisfação dos pacientes.

7.5 Resultados esperados expandidos

- Redução significativa de absenteísmo e cancelamentos por causas evitáveis.
- Aumento na eficiência e produtividade do hospital, com melhor aproveitamento de recursos.
- Melhora na experiência e adesão dos pacientes ao processo cirúrgico.
- Fortalecimento da gestão hospitalar, criando um modelo replicável para outras unidades de saúde.
- Impacto positivo na saúde pública, reduzindo filas e otimizando o uso do Sistema Único de Saúde (SUS).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados apresentados, os principais achados deste estudo destacam a multiplicidade de fatores que levam à suspensão de procedimentos cirúrgicos. Em primeiro lugar, os fatores assistenciais sobressaem, com o pré-operatório inadequado sendo identificado

como a principal causa de adiamentos. Isso inclui a não adesão às recomendações médicas e falhas no preparo prévio dos pacientes, seguido pela falta de condições clínicas e mudanças inesperadas no quadro clínico, que também contribuem significativamente para a suspensão de cirurgias. Esses dados ressaltam a importância de estratégias que melhorem o acompanhamento pré-operatório e promovam maior adesão dos pacientes às orientações recebidas.

No âmbito dos fatores administrativos, as principais falhas identificadas foram a falta de materiais e a escassez de leitos de UTI. Esses problemas refletem deficiências no planejamento e na alocação de recursos, comprometendo não apenas o andamento das cirurgias programadas, mas também o fluxo de pacientes e a eficiência geral do sistema de saúde. Essas falhas geram atrasos acumulados e ampliam o tempo de espera para outros pacientes, destacando a necessidade de uma gestão mais eficaz e preditiva.

Entre os fatores estruturais, a ausência de cirurgões, tanto justificada quanto não justificada, emergiu como um elemento crítico que afeta diretamente a continuidade dos procedimentos. Além disso, falhas no agendamento e na comunicação interna contribuíram para os adiamentos, evidenciando a fragilidade de sistemas de coordenação e planejamento hospitalar. A ineficiência na comunicação entre equipes administrativas e médicas e a falta de protocolos claros são barreiras significativas que dificultam o funcionamento harmonioso das operações cirúrgicas.

Os fatores sociais também apresentaram um impacto substancial, com a ausência não justificada dos pacientes e as condições clínicas inesperadas sendo as principais causas dentro dessa categoria. Esses fatores revelam desafios como a falta de acesso aos serviços de saúde, dificuldades de transporte, questões culturais ou a resistência psicológica dos pacientes em relação aos procedimentos cirúrgicos. Esse tipo de absenteísmo não apenas desorganiza as agendas hospitalares, mas também priva outros pacientes de acesso a procedimentos necessários, evidenciando a necessidade de abordagens específicas para mitigar essas questões.

Por fim, na categoria de outros eventos, prolongamentos cirúrgicos e intercorrências técnicas, como problemas elétricos ou hidráulicos, foram identificados como fatores adicionais que impactam o fluxo cirúrgico. Essas ocorrências reforçam a necessidade de melhorias na infraestrutura hospitalar, tanto no que diz respeito à manutenção preventiva quanto à ampliação das capacidades físicas e técnicas dos hospitais. A falta de autorização para internamentos emergenciais também foi um ponto crítico, indicando possíveis fragilidades nas políticas administrativas e na priorização de casos urgentes.

Esses achados evidenciam que as suspensões de procedimentos cirúrgicos são resultado de fatores multifatoriais, abrangendo aspectos relacionados à gestão hospitalar, à infraestrutura

e às condições clínicas e sociais dos pacientes. A partir desse diagnóstico, é possível traçar implicações significativas para a prática médica e a gestão hospitalar, além de oferecer subsídios para a formulação de estratégias de mitigação e otimização dos processos cirúrgicos, que serão abordadas na sequência deste estudo.

As conclusões deste estudo evidenciam que as suspensões de procedimentos cirúrgicos são um fenômeno multifatorial, resultante de uma interação complexa entre deficiências no cuidado pré-operatório, insuficiência de recursos materiais e humanos, problemas organizacionais nos hospitais e fatores relacionados ao comportamento e às condições de saúde dos pacientes. Essa dinâmica revela que a redução das taxas de suspensão requer uma abordagem integrada e multissetorial, que contemple melhorias tanto nos aspectos estruturais e operacionais das instituições de saúde quanto nas práticas assistenciais e na relação com os pacientes.

Os dados analisados destacam a necessidade de ações coordenadas em várias frentes para minimizar os impactos das suspensões. Primeiramente, a gestão de recursos materiais e humanos surge como uma prioridade. A insuficiência de insumos cirúrgicos, a falta de leitos de UTI e a ausência de equipes adequadas foram identificadas como barreiras críticas, evidenciando a necessidade de um planejamento mais eficiente, com previsões de demanda e alocação estratégica de recursos.

Outro ponto central é o fortalecimento da comunicação interna. Falhas no agendamento, na coordenação entre equipes e na transmissão de informações foram fatores recorrentes associados aos adiamentos. Investir em sistemas integrados de gestão e comunicação pode melhorar significativamente a eficiência dos processos internos e reduzir a ocorrência de erros que levam a suspensões.

O apoio ao paciente e a prevenção de ausências também foram destacados como áreas fundamentais para intervenção. A ausência não justificada de pacientes e a baixa adesão às orientações pré-operatórias apontam para a necessidade de programas educacionais e de suporte. Estratégias como consultas pré-operatórias detalhadas, lembretes automatizados e serviços de apoio, como transporte ou acompanhamento psicológico, podem ser determinantes para garantir o comparecimento e o preparo dos pacientes.

As melhorias na infraestrutura hospitalar são outro eixo crucial. Problemas técnicos, como falhas elétricas e hidráulicas, bem como a insuficiência de espaços adequados, refletem a importância de uma infraestrutura robusta e bem mantida para assegurar a realização dos procedimentos programados sem interrupções.

Por fim, a gestão das condições clínicas e sociais dos pacientes deve ser uma prioridade. Questões como comorbidades não controladas, doenças respiratórias e impacto de eventos como a COVID-19 requerem um acompanhamento mais próximo e criterioso, com estratégias para minimizar os riscos clínicos e sociais que interferem na realização das cirurgias.

As ações recomendadas não apenas podem reduzir os índices de suspensão, mas também têm o potencial de promover um atendimento mais eficiente, seguro e humano, beneficiando diretamente os pacientes e otimizando o funcionamento dos sistemas de saúde. Dessa forma, os achados deste estudo fornecem uma base sólida para orientar o aprimoramento das práticas cirúrgicas e o desenvolvimento de políticas de saúde mais eficazes e sustentáveis.

Em resumo, os impactos sociais das suspensões de cirurgias são amplos e profundos, afetando diretamente não apenas a saúde física e mental dos pacientes, mas também as condições econômicas e sociais das famílias e da sociedade como um todo. Esses impactos estão diretamente ligados à ineficiência do sistema de saúde, à falta de recursos e ao desajuste organizacional, ou que ampliam as desigualdades de acesso à saúde e afetam a qualidade de vida de uma parcela significativa da população.

Portanto, é urgente que políticas públicas voltadas para a gestão eficiente de recursos, melhoria da comunicação hospitalar, e fortalecimento da infraestrutura de saúde sejam inovadoras para reduzir as suspensões de cirurgias e os impactos sociais decorrentes dessas consequências. Uma abordagem integrada, que envolve tanto o planejamento cirúrgico quanto o apoio contínuo aos pacientes, é essencial para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde e o bem-estar das populações atendida.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, F. M., MOURA, V. L. M., & PINTO, A. C. S. (2012). A Suspensão De Cirurgia E O Processo De Comunicação. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, (2012) 4(2), 2998-3005). E-ISSN: 2175-5361. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3978913>. Acesso em: 03/05/2023.

ARAÚJO J. K. M, *et al.* Avaliação dos fatores de cancelamento de cirurgias em hospitais do Nordeste brasileiro **Rev. SOBECC**, São Paulo. Out./Dez. 2019; 24(4): 175-184. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/474/pdf>. Acesso em: 25/04/2023.

AVILA, et al. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. **Revista SOBECC**, 17(2), 39–47. Recuperado de <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/163>. Acesso em: 25/04/2023.

BARBEIRO F. M. S. Por que as cirurgias são suspensas? Uma investigação sobre taxas, as causas e consequências em um Hospital Geral do Rio de Janeiro. **R. pesq.: cuid. fundam** 2010;2(4):1353-62. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750833007.pdf>. Acesso em: 22/04/2023.

BARUA, B., ROVERE, M. C., & SKINNER, B. J. (2012). Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada 2010 **Report**. **SSRN Electronic Journal**. Disponível em: <https://doi.org/10.2139/ssrn.1783079>. Acesso em: 22/03/2022.

BITTAR O. J. N. V. *et al.* Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **BEPA**, São Paulo, v.13, n.152, p. 19- 32, 2016. Disponível em: <http://attosaude.com.br/assets/conteudo/uploads/absenteismo-ambulatorial--art-original57eec18c360fb.pdf>. Acesso em: 01/06/2022.

BOTAZINI, N. O., et al. Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas. **Revista SOBECC [Internet]**. 2015;20(4):210-219. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/92>. Acesso em: 17/02/2023.

BOTAZINI, N.O.; CARVALHO, R. Cancelamentos de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico**, v. 22, n. 4, p. 230-244, 2017.
BRASIL, 2008, Portaria nº 958, de 15 de maio de 2008 Redefine a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0958_15_05_2008.html. Acesso em: 15/03/2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Dez. 13 (Seção 1), p. 59-62, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15/01/2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Norma operacional nº 001/2013**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/cns%20%20norma%20operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf. Acesso em: 20/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMAS-RESOLUCOES/Resolucao_n_510_-_2016_-_Cincias_Humanas_e_Sociais.pdf. Acesso em: 21/05/2023.

CANELADA, H. F.; *et al.* Redução do absenteísmo através da gestão da agenda e do trabalho em rede. In: **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde** [internet]. Blucher Medical Proceedings. 2014;1(2):145.. Disponível em: <http://pdf.blucher.com.br.s3-east1.amazonaws.com/medicalproceedings/cihhs/10458.pdf>. Acesso em 20/05/2022.

CONTERATTO, K.S., et al. Segurança do paciente no perioperatório: evidência dos fatores determinantes do cancelamento cirúrgico. **Journal of Nursing & Health**, v. 10, n. 1, 2020. Disponível em: https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A10%3A5635706/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ashop%3Aid=ebsco%3Agcd%3A143341240&crl=c&link_origin=scholar.google.com.br. Acesso em: 22/04/2024.

CARVALHO, T.A., et al. Suspensão de cirurgias em um hospital universitário. **Revista SOBECC**, v. 21, n. 4, p. 186-191, 2016. Acesso em 28 de janeiro de 2023. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/46>. Acesso em: 02/04/2023.

COSTA JUNIOR et al. Avaliação dos indicadores de qualidade de tempo operatório e não operatório de um hospital universitário público. **Gestão e economia em saúde [Internet]**. 2015 13(4):594–599. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Altair_Costa_Jr/publication/287329948_AvaliaAva_dos_indicadores_de_qualidade_de_tempo_operatorio_e_nao_operatorio_de_um_hospital_universitario_publicopdf/links/5675698708ae502c99cdfaf5.pdf. Acesso em: 23/02/2023.

COSTA, N. L. R. et al. Fatores determinantes e consequentes da suspensão dos procedimentos cirúrgicos eletivos: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 13, n. 5, e8513545812, 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/45812>. Acesso em: 22/04/2024.

DERMINDO M.P., et al. O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira. **JMPHC | J Manag Prim Heal Care** | ISSN 2179-6750 [Internet]. 2020 ;12:1–17. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.972>. Acesso 20/05/2023.

FLEURY M. T. L.; WERLANG S. Pesquisa aplicada – reflexões sobre conceitos e abordagens metodológicas anuário de pesquisa 2016-2017 **Gv Pesquisa**. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/apgvpesquisa/article/view/72796/69984>. Acesso em 28/05/2022.

GAMA, B. P., & BOHOMOL, E. Medição da qualidade em centro cirúrgico: quais indicadores utilizamos?. **Revista SOBECC**, 25(3), 143–150. 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000030004>. Acesso em: 15/05/2023.

GARCIA, AC.K.A.; FONSECA, L.F. A problemática da suspensão cirúrgica: a perspectiva dos anesthesiologists. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 481-490, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33109>. Acesso em: 14/05/2023.

GATTO, M. A. F.; JOUCLAS V. M. G.; Otimizando o uso da SO. **Rev SOBECC** 1998 janeiro-março; 3(1):23-8. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/000981556>. Acesso em: 17/07/2023.

GIL, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: **Atlas**, 2008. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=O-kzGOOzh70C&oi=fnd&pg=PA7&dq=Como+elaborar+projetos+de+pesquisa.&ots=29WsMSKBna&sig=JcezoPd2yu0ACiSwhkGA5ZScVa4#v=onepage&q=Como%20elaborar%20projetos%20de%20pesquisa.&f=false>. Acesso em: 21/04/2023.

LIMA, D. M. G.; VENTURA, L. O.; BRANDT, C. T.; Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 357-362, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abo/a/fpvbMfz67D6vbf3hSKzcZL/>. Acesso em: 21/05/2023.

LUIGI, S., & HURST, J. (2005). Explaining Waiting-time Variations for Elective Surgery Across OECD Countries. **OECD Economic Studies**, 2004(1), 95–123. Disponível em: https://doi.org/10.1787/eco_studies-v2004-art5-en. Acesso em: 22/08/2022

MACHADO, L. M. S, et al. Prevalência de suspensões cirúrgicas eletivas em um hospital público do sul do Brasil. **SOBECC**; 26(3): 131-137, 30-09-2021. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/691/pdf>. Acesso em 30/11/2022.

MOIR, M.; BARUA, B. Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada 2020 Report. **SSRN Electronic Journal**. Disponível em: <https://www.fraserinstitute.org/studies/waiting-your-turn-wait-times-for-health-care-in-canada-2022>. Acesso em: 22/04/2023.

MORAES P. G. S. et al. Fatores clínicos e organizacionais relacionados à suspensão de procedimentos cirúrgicos **Rev enferm. UFPE on line.**, Recife, 11(7):2645-53, jul., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>. Acesso em 30/04/2023.

MOREIRA JÚNIOR, V. T. **Caracterização das causas relacionadas ao serviço de saúde na suspensão de cirurgias em um hospital universitário.** 2019. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2019. Disponível em: <http://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/15015>. Acesso em 25/04/2023.

NASCIMENTO, L. A.; TRAMONTINI, C. C.; GARANHANI M. L. O processo de aprendizagem do residente de anestesiologia: uma reflexão sobre o cuidado ao paciente. **Rev. bras. educ. med.** 2011;35(3):350-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/sB7gwNncDPQZrWhnRwWhJnF/?lang=pt>. Acesso em: 22/01/2023.

NASCIMENTO, L. A. et al. Suspensão Cirúrgica: Perspectiva do Residente de Medicina em Clínicas Cirúrgicas **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA** 38 (2) : 205 – 212 ; 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000200007>. Acesso em: 10/04/2023.

OMS Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Brasília (DF): OMS; 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf. Acesso em: 03/05/2023.

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de la situación. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2001 [22(4):1- 16. Disponível em: https://www3.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm. Acesso em: 10/12/2022.

LOUDHOFF, J. P., et al. The acceptability of waiting times for elective general surgery and the appropriateness of prioritising patients. **BMC Health Services Research**, 7, 1–12. (2007). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-32>. Acesso em: 22/08/2022.

PASCHOAL, M. L. H.; GATTO, M. A. F. Taxa de suspensão de cirurgia em um Hospital Universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada, **Ver. Latino-americana de Enfermagem**. Janeiro-fevereiro, 14(1):48-53. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100007>. Acesso em: 26/05/2022.

PERROCA M. G.; JERICÓ, M. C.; FACUNDIN, S. D. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2007b set 15(5):1018-24. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000500021&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 03/06/2022

PINHEIRO, S. L. et al Taxa de cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade em hospital universitário público. **REME - Revista Mineira de Enfermagem [Internet]**. 2017 . 05(21):1014-1014. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1150>. Acesso em 22/11/2022.

POSSARI, J. F. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. In: Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 5ª edição ISBN-10 8576140578: ISBN-13: 978-8576140573 2009. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Q4uwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT31&dq=Centro+cir%C3%BAgico:+planejamento,+organiza%C3%A7%C3%A3o+e+gest%C3%A3o.&ots=F8AuE-5ngZ&sig=FOeOyy-isIQE29iNg5SW2UBFRkw#v=onepage&q=Centro%20cir%C3%BAgico%3A%20planejamento%2C%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20gest%C3%A3o.&f=false>. Acesso em: 17/10/2023.

RANGEL et al. Ocorrência e motivos da suspensão de cirurgias eletivas em um hospital de referência **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde** 4 (2) julho/dezembro 2019 <http://www.redcps.com.br/e-mail:redcps.fensg@upe.br>. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/v4n2a07.pdf>. Acesso em: 25/04/2023.

RODRIGUES et al. Gestão Da Fila De Cirurgias Eletivas Em Hospital Público Do Distrito Federal, Brasil: Critérios Clínicos Versus Tempo De Espera. **Brasília Médica**, 57, 30–37. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v57a05.pdf>. Acesso em: 22/03/2022.

SANTOS, C. C. A., et al. Estresse do paciente frente ao cancelamento do procedimento cirúrgico. **Rev Remecs [Internet]**;3(4):12-20. 2018. Disponível em: <https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/21>. Acesso em: 15/01/2023.

SANTOS, G. A. A. C.; BOCCHI, S. C. M. Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. **Revista brasileira de enfermagem [Internet]**. 2017;7(3):535–542. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672017000300535&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 18/11/2022.

SANTOS, J. S. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: Um estudo em um município Baiano**. Mestrado. Universidade Federal da Bahia – UFBA – Instituto de saúde coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória da Conquista, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/6759>. Acesso em: 05/07/2023.

SATURNO HERNANDEZ, P. J. Atividades básicas para melhoria contínua: métodos e instrumentos para realizar o ciclo de melhoria: módulo 2. **Análise e apresentação dos dados obtidos e uma avaliação: unidade temática**, v. 7, 2017(a). Acesso em: 03/03/2023.

SILVA M. V. G. et al., Causas institucionais para cancelamento de cirurgias eletivas. **Revista SOBECC**, 25(3), 179–186. (2020). <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000030008>. Acesso em: 20/05/2023.

SILVA, R. K. S. et al. Aplicativos para dispositivos móveis voltados para a segurança no cuidado ao paciente. **Research, Society and Development**, 9(2), e166922179. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2179>. Acesso em: 10/03/2023.

SILVA, S. H. da. **Controle da qualidade assistencial: implementação de um modelo**. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1994. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021143>. Acesso em: 03/06/2023.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. **Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Manual de Práticas Recomendadas da SOBECC**. 7ª ed. São Paulo: SOBECC; 2017.

SODRÉ R. L.; EL FAHL M. A. F. Suspensão de cirurgias no Centro Cirúrgico do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. **Rev. Adm. Saúde (On-line)**, São Paulo, v. 21, n. 85: e307, out. – dez. 2021, Epub 03 jan. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.85.307>). Acesso em: 20/05/2023.

TAMIASSO, R. S. S., et al. (2018). Ferramentas de gestão de qualidade como estratégias para redução do cancelamento e atrasos de cirurgias. **Revista SOBECC**, 23(2), 96-102). Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800020007>. Acesso em: 20/05/2023.

THE R CORE TEAM. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Viena, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2024.

VANNI, J: Mensuração do tempo dos processos relacionados à rotina cirúrgica de um hospital de ensino. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (2020). Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/963b3c40-1800-4af0-b302-f195e9df7e56/content> Acesso em : 16/10/2024

VERBESSELT, J., et al. Detecting trend and seasonal changes in satellite image time series. **Remote Sensing of Environment**, v. 114, n. 1, p. 106–115, jan. 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003442570900265X>. Acesso em: 12/03/2023.

VIEIRA, E. W R.; LIMA, T. M. N.; GAZZINELLI, A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de minas gerais, brasil. **Reme: rev min enferm.**, Belo Horizonte, v. 1, n. 19, p.65-71, Janeiro 2015). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-768468>. Acesso em: 20/05/2023.

10. ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS CIRÚRGICOS

Cirurgias Eletivas 2023

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Data *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

2. Hora *

Exemplo: 08h30

3. Prontuário *

4. Nome Completo *

5. Data de Nascimento *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

6. Idade *

02/06/2024, 15:04

Cirurgias Eletivas 2023

7. Procedimento Proposto *

8. Procedimento Realizado *

9. Inicio da Anestesia

Exemplo: 08h30

10. Inicio da Cirurgia

Exemplo: 08h30

11. Término da cirurgia

Exemplo: 08h30

12. Término da Anestesia

Exemplo: 08h30

02/06/2024, 15:04

Cirurgias Eletivas 2023

13. Tipo de Anestesia

Marcar apenas uma oval.

- ☐ local
- ☐ Sedação
- ☐ Bloqueio
- ☐ Raquidiana
- ☐ Peridura
- ☐ Geral
- ☐ Geral + Raquidiana
- ☐ Geral+ Peridural
- ☐ Local+sedação
- ☐ Outro

02/06/2024, 15:04

Cirurgias Eletivas 2023

14. Especialidade *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Neurocirurgia (NCR)
- ☐ Cardiologia
- ☐ Ginecologia
- ☐ Mastologia
- ☐ Urologia
- ☐ CIPE
- ☐ Otorrino
- ☐ Cirurgia Bariátrica
- ☐ Coloproctologia
- ☐ Cirurgia Geral
- ☐ Cirurgia de Cabeça e Pescoço (CCP)
- ☐ Cirurgia Vascular
- ☐ Cirurgia Torácica
- ☐ Bucomaxilo (BMF)
- ☐ Dermatologia
- ☐ BTC
- ☐ Obstetrícia
- ☐ Cirurgia Plástica
- ☐ Endoscopia
- ☐ Fissurados
- ☐ Cirurgia Oncológica
- ☐ Cirurgia Hepatobiliopancreática
- ☐ Oftalmologia
- ☐ Mastologia + plástica
- ☐ Cabeça e pescoço + Torácica
- ☐ Cirurgia geral + Cirurgia ginecológica
- ☐ Ortopedia
- ☐ Outro: _____

02/06/2024, 15:04

Cirurgias Eletivas 2023

15. Cirurgião *

16. Assistente

17. Residente de Cirurgia

18. Anestesiologista *

19. Residente de Anestesiologia

20. Enfermeiro *

02/06/2024, 15:04

Cirurgias Eletivas 2023

21. Técnicos de Enfermagem *

22. Situação *

Marcar apenas uma oval.☐ Realizada☐ Suspensa

23. Motivo da Suspensão

24. Espécie Anatomopatológico *

02/06/2024, 15:04

Cirurgias Eletivas 2023

25. Outros Exames

26. Destino do Paciente *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Clínica Cirúrgica
- ☐ UTI
- ☐ Alta para Residência
- ☐ Óbito
- ☐ Outro

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXO B - DISPENSA DE TERMO DE COMPROMISSO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ao Departamento de Saúde Coletiva e ao Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/EBSERH)

Prezados(as) Senhores(as),

Venho por meio deste, apresentar a justificativa para a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) referente à pesquisa intitulada *"Análise das Principais Causas Evitáveis de Cancelamento Cirúrgico Visando a Construção de Ferramentas de Gestão"*, desenvolvida no âmbito do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

A referida pesquisa será realizada com base em dados documentais pré-existentes, coletados no sistema de prontuário eletrônico do hospital entre os anos de 2016 e 2023. Os dados a serem utilizados não contêm informações que possam identificar diretamente os pacientes, uma vez que todas as informações serão previamente anonimizadas, garantindo a privacidade e confidencialidade dos registros de acordo com as melhores práticas de proteção de dados.

Esclarecemos que não haverá contato direto com os participantes, nem intervenções clínicas ou coleta de novas informações. A pesquisa está pautada no uso de dados secundários já disponíveis, sem qualquer risco à integridade dos indivíduos. Ademais, as informações coletadas visam exclusivamente a análise de aspectos gerenciais e operacionais do hospital, sem impacto direto sobre a saúde ou a vida dos pacientes.

Com base nesses pontos, e conforme disposto pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regula pesquisas de natureza documental e a utilização de dados secundários, e pela Resolução 466/2012 no que tange à proteção de participantes de pesquisa, solicitamos a dispensa do TCLE, uma vez que a pesquisa não envolve participação ativa ou intervenções sobre seres humanos.

Reiteramos nosso compromisso com o cumprimento das normas éticas e legais, assegurando que todos os dados serão tratados com sigilo e respeito, conforme as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Contando com sua compreensão, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

Sandra Martins de França
Enfermeira Assistencial - Pesquisadora Responsável

Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/EBSERH) - João Pessoa - PB

Documento assinado digitalmente
 **SANDRA MARTINS DE FRANÇA**
Data: 04/10/2024 13:46:30-0300
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Sandra Martins de França - Pesquisadora Responsável

Documento assinado digitalmente
 **LUCIANA FIGUEIREDO DE OLIVEIRA**
Data: 04/10/2024 14:03:13-0300
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Programa de Pós Graduação de Saúde Coletiva - Coordenação de Curso

Hospital Universitário Lauro Wandelely - GEP

ANEXO C - ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

SEI/SEDE - 40116144 - Carta - SEI

https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_impri...



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Rua Estanislau Eloy, s/nº - Bairro Castelo Branco

João Pessoa-PB, CEP 58050-585

- <http://hulw-ufpb.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 118/2024/SGPITS/GEP/HULW-UFPB-EBSEH

João Pessoa, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA PROVISÓRIA

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: **"ANÁLISE DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE CANCELAMENTO CIRÚRGICO VISANDO A IDENTIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS CAUSAS EVITÁVEIS"**, sob a responsabilidade do Pesquisador Principal **SANDRA MARTINS DE FRANCA**.
2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.
3. No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
4. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua submissão ao CEP. Após a aprovação, o pesquisador deverá inserir o parecer no sistema Rede Pesquisa para obtenção da Carta de Anuência Definitiva.

(assinada eletronicamente)



Documento assinado eletronicamente por **Annelissa Andrade Virginio de Oliveira, Chefe de Setor, Substituto(a)**, em 25/06/2024, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **40116144** e o código CRC **15EC5797**.

Referência: Processo nº 23539.017589/2024-98 SEI nº 40116144

ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY



TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO(S) PESQUISADOR(ES)

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:	Análise das principais causas de cancelamento cirúrgico visando a identificação e categorização das causas evitáveis
DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:	
NOME:	Sandra Martins De França
INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO DE ORIGEM:	Hospital Universitário Lauro Wanderley/ UBCME/ CME
CPF:	02751192467
E-MAIL:	sandramfb@gmail.com / Sandra.franca@ebserh.gov.br
TELEFONE:	83- 986200445

O Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa acima identificado, bem como os Membro da Equipe de Pesquisa por ele autorizados, declara(m) que:

1. Tenho conhecimento e assumo o compromisso de cumprir os termos da Resolução nº 466/2012; nº 510/2016 e nº 738/2024 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde;
2. A Pesquisa só será iniciada após emissão do parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (CEP/HULW) e recebimento da Carta de Anuência Definitiva da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (GEP/HULW);
3. Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas durante todo o desenvolvimento desta pesquisa;
4. Todos os dados/documentos/materiais obtidos no desenvolvimento da pesquisa proposta serão utilizados apenas para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) no projeto de pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos participantes e apreciação prévia do CEP/HULW;
5. Todos os dados/documentos/materiais obtidos durante a coleta de dados serão arquivados de forma sigilosa, no formato físico ou digital, sob minha responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Após este período, serão destruídos de forma adequada;
6. A publicização dos resultados da pesquisa só será realizada para fins científicos, como a apresentação em eventos relacionados à área da saúde de interesse do tema, ou em jornais/periódicos científicos, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;
7. Não serão repassados os dados coletados no todo ou em parte, para pessoas não envolvidas na Equipe de Pesquisa;
8. Comunicarei ao CEP/HULW e a GEP/HULW os resultados do estudo por meio da inserção de relatórios parciais e relatório final (na Plataforma Brasil e no Rede Pesquisa), como também quaisquer alterações, suspensão ou o encerramento da pesquisa;



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY



9. Será garantido que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da Pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da Pesquisa;
10. Será garantido o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
11. Em caso de pesquisas que gerem produtos de propriedade intelectual, reconheço que as partes envolvidas deverão prever, em instrumento jurídico específico, a titularidade da propriedade intelectual e a participação nos resultados da exploração das criações resultantes da parceria, assegurando aos signatários o direito à exploração, ao licenciamento e à transferência de tecnologia.
12. Mencionarei o HULW/UFPB-EBSERH em todas as publicações científicas e qualquer outro meio de divulgação de trabalho oriundo de pesquisas realizadas no HULW.



Documento assinado digitalmente
SANDRA MARTINS DE FRANÇA
Data: 14/06/2024 12:45:26-0300
Verifique em <https://validar.jti.gov.br>

João Pessoa-PB, 14 de junho de 2024

Assinatura Pesquisador Principal

Nome completo de todos os Membros da Equipe de Pesquisa (sem abreviação)	Função na Equipe de Pesquisa	RG ou CPF	Assinatura
Sandra Martins De França	Pesquisador	02751192467	

Nenhuma entrada de sumário foi encontrada.

ANEXO E - AUTORIZAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

04/10/2024, 10:28



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

DECLARAÇÃO Nº 41 / 2024 - PPGSC (11.00.54.27)

Nº do Protocolo: 23074.088017/2024-02

João Pessoa-PB, 04 de Outubro de 2024

Certifico, para os devidos fins, que o projeto de pesquisa intitulado **"Análise das Principais Causas Evitáveis de Cancelamento Cirúrgico Visando a Construção de Ferramentas de Gestão"**, de autoria de **Sandra Martins de França**, orientado pelo **Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes**, foi aprovado em caráter Ad referendum pela coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, UFPB, desde que contemple as exigências do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

(Assinado digitalmente em 04/10/2024 10:27)
LUCIANA FIGUEIREDO DE OLIVEIRA
COORDENADOR(A) DE CURSO
Matricula: 1890568

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufpb.br/documentos/> informando seu número: **41**, ano: **2024**, documento(espécie): **DECLARAÇÃO**, data de emissão: **04/10/2024** e o código de verificação: **f325890126**

ANEXO F - PARECER CONSUBSTANCIADO - COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS PRINCIPAIS CAUSAS EVITÁVEIS DE CANCELAMENTO CIRÚRGICO VISANDO A CONSTRUÇÃO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO

Pesquisador: Sandra Martins de França

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81982524.8.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.225.294

Apresentação do Projeto:

Informações preliminares:

- Projeto original, 2ª versão, que corresponde ao projeto de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba-UFPB.

Informações sobre o projeto:

- O estudo adota uma abordagem quantitativa e qualitativa, aplicada, explicativa e documental, visando entender, descrever e explicar os fenômenos relacionados ao cancelamento cirúrgico, identificando os fatores determinantes ou contribuintes para a ocorrência dos cancelamentos. A pesquisa aplicada se concentra em problemas nas atividades das instituições, buscando soluções práticas.

A coleta de dados será realizada no Centro Cirúrgico do HULW, um hospital de referência que realiza cerca de 342 cirurgias mensais em dez salas operatórias, atendendo diversas especialidades médicas. A grade cirúrgica é organizada institucionalmente, considerando a formação dos alunos, a disponibilidade de profissionais e o perfil assistencial do hospital. A população do estudo será composta por pacientes com procedimentos eletivos suspensos e suas causas entre 2016 e 2023. Os dados de identificação dos pacientes serão removidos para

Endereço: Rua Tabellão Stanislaw Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.050-585

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3206-0704

E-mail: cep.hulw@ebserh.gov.br

**UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 7.225.294

preservar a confidencialidade. As variáveis incluem fatores assistenciais, administrativos, estruturais, clínicos, sociais e outros eventos prolongados. Os dados serão coletados de julho a dezembro de 2023, utilizando registros da plataforma Google Drive e AGHUX, organizados em planilhas do Microsoft Office Excel 2016 e analisados por estatística descritiva e comparativa. A coleta de dados usará a base de produção cirúrgica do Google Drive e registros do AGHUX, envolvendo desde o aviso de cirurgia até o acompanhamento do procedimento. As causas de cancelamento serão analisadas qualitativamente utilizando o Diagrama de Causa e Efeito (Ishikawa) e quantitativamente com o Gráfico de Pareto, identificando as causas principais e subcategorias. Um plano de ação será desenvolvido para minimizar as causas evitáveis. A pesquisa visa melhorar o acesso aos serviços de saúde, otimizar o agendamento cirúrgico e reduzir a taxa de cancelamento de cirurgias, impactando positivamente a gestão da demanda e a utilização dos recursos humanos e financeiros no hospital.

VIGÊNCIA DO ESTUDO: DEZEMBRO DE 2024

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

¿ Analisar as principais causas de altas taxas de cancelamento/suspensão, relacionadas aos procedimentos cirúrgicos com o intuito de promover o monitoramento e direcionar as intervenções para a diminuição dos prejuízos relacionados a estes fatores.

Objetivos Específicos:

- ¿ Descrever as principais causas de cancelamento cirúrgico no hospital estudado;
- ¿ Categorizar as causas de cancelamento cirúrgico evitáveis dentro das cinco variáveis propostas;
- ¿ Compreender e analisar o processo que culmina em suspensões cirúrgicas evitáveis;
- ¿ Propor possíveis melhorias e apontamentos pertinentes que possam otimizar o processo de trabalho nestas circunstâncias.

Endereço: Rua Tabellão Stanislau Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.050-585

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3206-0704

E-mail: cep.hulw@ebserh.gov.br

**UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 7.225.294

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Um dos principais riscos associados à realização desta pesquisa é a potencial exposição de dados sensíveis dos pacientes, mesmo com a anonimização das informações. A manipulação de grandes volumes de dados médicos pode, inadvertidamente, resultar em brechas de segurança que comprometam a privacidade dos pacientes.

A confidencialidade dos dados deve ser rigorosamente mantida, e qualquer violação pode ter consequências legais e éticas graves, além de afetar a confiança dos pacientes na instituição. Outro risco significativo é a resistência à mudança por parte dos profissionais de saúde e da administração hospitalar. Implementar novas práticas e mudanças no fluxo de trabalho pode encontrar oposição, especialmente se os profissionais sentem que as alterações aumentam sua carga de trabalho ou não estão devidamente justificadas. Este risco pode comprometer a efetividade das intervenções propostas, limitando o impacto da pesquisa na redução dos cancelamentos cirúrgicos.

Por fim, há o risco de viés nos dados coletados, seja por erro humano ou por inconsistências nos registros hospitalares. A precisão dos dados é necessária para a validação das conclusões da pesquisa. Se os dados não forem registrados corretamente ou se houver falhas na coleta, análise ou interpretação dos dados, as recomendações resultantes podem ser baseadas em informações incorretas, levando a intervenções ineficazes ou até prejudiciais.

Medidas para sanar os riscos:

Um dos principais riscos associados à realização desta pesquisa é a potencial exposição de dados sensíveis dos pacientes, mesmo com a anonimização das informações. Para mitigar esse risco, é essencial utilizar criptografia avançada para proteger os dados, tanto em repouso quanto em trânsito, garantindo que qualquer acesso indevido não comprometa as informações. Além disso, o acesso aos dados deve ser restrito apenas a membros autorizados e treinados, utilizando sistemas de autenticação robustos, como autenticação multifatorial. Técnicas de anonimização e pseudonimização mais sofisticadas também devem ser aplicadas para dificultar a reidentificação dos pacientes. O monitoramento contínuo do sistema, acompanhado de auditorias regulares, ajudará a detectar e prevenir qualquer violação de privacidade. Também é fundamental capacitar toda a equipe envolvida no manejo dos dados sobre as

Endereço: Rua Tabelião Stanislau Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.050-585

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3206-0704

E-mail: cep.hulw@ebserh.gov.br

**UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 7.225.294

melhores práticas de segurança e privacidade, alinhando-se às diretrizes legais e éticas, como a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados).

Outro risco significativo é a resistência à mudança por parte dos profissionais de saúde e da administração hospitalar. Para minimizar esse problema, é crucial envolver essas partes interessadas desde o início da pesquisa, permitindo que participem das decisões e expressem suas preocupações. Além disso, oferecer treinamentos adequados sobre as novas práticas e manter uma comunicação clara sobre os benefícios das mudanças, como a melhoria da eficiência e da qualidade do atendimento ao paciente, pode ajudar a mitigar a percepção de aumento de carga de trabalho. A administração também deve oferecer suporte adicional durante a fase de transição, como recursos tecnológicos ou consultorias, para facilitar a adoção das novas práticas.

Por fim, há o risco de viés nos dados coletados, seja por erro humano ou por inconsistências nos registros hospitalares. Para lidar com esse risco, é importante padronizar os processos de coleta de dados, criando protocolos claros e consistentes. A automatização dos registros sempre que possível, por meio de sistemas eletrônicos de saúde, pode reduzir erros humanos. Implementar mecanismos de validação contínua dos dados e realizar auditorias regulares garantirão a precisão e a consistência das informações. Além disso, a capacitação da equipe responsável pela coleta de dados, juntamente com revisões periódicas, é fundamental para garantir que as diretrizes sejam seguidas corretamente e, assim, assegurar a validade das conclusões da pesquisa.

Benefícios:

A realização desta pesquisa pode trazer inúmeros benefícios para a gestão hospitalar, particularmente na otimização do uso dos recursos do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Ao identificar as causas evitáveis de cancelamento de cirurgias, a instituição pode implementar medidas específicas para minimizar esses eventos, resultando em um uso mais eficiente das salas cirúrgicas, da equipe médica e dos materiais. Isso não apenas melhora a produtividade do hospital, mas também reduz custos operacionais e financeiros associados a cirurgias canceladas. Além disso, a pesquisa tem o potencial de melhorar significativamente a qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

Com menos cancelamentos, os pacientes experimentam tempos de espera mais curtos para

Endereço: Rua Tabelião Stanislaw Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.050-585
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3206-0704 **E-mail:** cep.hulw@ebserh.gov.br

**UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 7.225.294

procedimentos cirúrgicos, o que pode resultar em melhores prognósticos de saúde e maior satisfação com os serviços prestados. A implementação de práticas de gestão mais eficazes pode também criar um ambiente de trabalho mais organizado e menos estressante para os profissionais de saúde, o que, por sua vez, pode melhorar a moral da equipe e a qualidade do atendimento.

Finalmente, a pesquisa contribui para o corpo de conhecimento acadêmico e prático na área de gestão hospitalar e saúde pública. As descobertas podem ser compartilhadas com outras instituições de saúde, possibilitando a replicação de práticas bem-sucedidas em diferentes contextos. Isso amplia o impacto positivo da pesquisa além do HULW, promovendo melhorias na gestão de cirurgias eletivas e na qualidade do atendimento em uma escala mais ampla, beneficiando potencialmente uma grande população de pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas as pendências foram atendidas. No entanto, no arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2384892.pdf" consta que a coleta de dados está estabelecida para ser iniciada no dia 01/11. No entanto, a pesquisadora enviou cronograma atualizado em documento postado na PB, com datas ajustadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

(O)A pesquisador(a) responsável e demais colaboradores deverão MANTER A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise e apreciação da versão submetida, verificou-se que as pendências indicadas foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 15/11/2024.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

Endereço: Rua Tabelião Stanislaw Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.050-585
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3206-0704 **E-mail:** cep.hulw@ebserh.gov.br

**UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 7.225.294

. O participante da pesquisa e/ou seu responsável legal deverá receber uma via do TCLE na íntegra, com assinatura do pesquisador responsável e do participante e/ou responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e com aposição de assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

. O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O pesquisador deverá apresentar o Relatório PARCIAL E/OU FINAL ao CEP/HULW, por meio de NOTIFICAÇÃO online via Plataforma Brasil, para APRECIÇÃO e OBTENÇÃO da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2384892.pdf	09/10/2024 12:25:26		Aceito
Orçamento	Compromisso_Financeiro_Pesquisador.pdf	09/10/2024 12:22:37	Sandra Martins de França	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Pesquisadores.pdf	09/10/2024 12:21:54	Sandra Martins de França	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Dispensa_TCLE_Sandra.pdf	09/10/2024 12:16:51	Sandra Martins de França	Aceito

Endereço: Rua Tabelião Stanislaw Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.050-585

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3206-0704

E-mail: cep.hulw@ebserh.gov.br

**UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 7.225.294

Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE_Sandra.pdf	09/10/2024 12:16:51	Sandra Martins de França	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Sandra_09_10_2024.docx	09/10/2024 12:14:29	Sandra Martins de França	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aprovacao_Programa_SC.pdf	09/10/2024 12:13:27	Sandra Martins de França	Aceito
Outros	Carta_de_Justificativas.pdf	09/10/2024 12:08:28	Sandra Martins de França	Aceito
Outros	certificado.pdf	01/08/2024 15:21:48	Sandra Martins de França	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia_Autorizacao.pdf	18/07/2024 19:08:30	Sandra Martins de França	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	18/07/2024 19:07:47	Sandra Martins de França	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 14 de Novembro de 2024

Assinado por:
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tabellião Stanislaw Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.050-585

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3206-0704

E-mail: cep.hulw@ebserh.gov.br