

Fatores determinantes e consequentes da suspensão dos procedimentos cirúrgicos eletivos: Revisão integrativa

Factors determining and resulting in the suspension of elective surgical procedures: Integrative review

Factores determinantes y resultantes de la suspensión de procedimientos quirúrgicos electivos: Revisión integrativa

Recebido: 07/05/2024 | Revisado: 16/05/2024 | Aceitado: 17/05/2024 | Publicado: 21/05/2024

Nayara Lorrane Ribeiro Costa

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4696-7140>
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde, Brasil
E-mail: nnayaralorrane@gmail.com

Paula Wendy Andrade dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3225-9183>
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde, Brasil
E-mail: paula_wendy@hotmail.com

Marcelo Moreira Corgozinho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1919-475X>
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde, Brasil
E-mail: mmcorgozinho@gmail.com

Resumo

Objetivo: identificar as principais causas e consequências da suspensão dos procedimentos cirúrgicos eletivos. Métodos: trata-se de uma revisão integrativa que seguiu recomendações adaptadas do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. A partir do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde, foram eleitas as bases da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Base de Dados de Enfermagem, com os operadores booleanos: “cancelamento”, “suspensão”, “cirurgia” – entre 2013 a 2023. Resultados: destacaram-se duas categorias temáticas principais – a) causas da suspensão de cirurgias eletivas, obtendo duas subcategorias os fatores intrínsecos e os fatores extrínsecos ao paciente cirúrgico; e b) repercussões da suspensão de cirurgias eletivas. Conclusão: os principais motivos para a suspensão das cirurgias foram as causas clínicas do paciente, a falta de leitos e de recursos materiais. Como consequências, observou-se o abalo psicológico do paciente e seus familiares e o aumento dos gastos hospitalares. É importante estabelecer intervenções durante a fase do planejamento do procedimento cirúrgico, a fim de atenuar os desfechos gerados por essas suspensões.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória; Procedimentos cirúrgicos eletivos; Suspensão de tratamento; Administração de serviços de saúde.

Abstract

Objective: to identify the main causes and consequences of the suspension of elective surgical procedures. Methods: this is an integrative review that followed recommendations adapted from the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. From the Virtual Health Library Portal, the bases of Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and the Nursing Database were chosen, with the Boolean operators: “cancellation”, “suspension”, “surgery” – between 2013 and 2023. Results: two main thematic categories stood out – a) causes of suspension of elective surgeries, obtaining two subcategories: intrinsic factors and extrinsic factors for the surgical patient; and b) repercussions of the suspension of elective surgeries. Conclusion: the main reasons for suspending surgeries were the patient's clinical causes, lack of beds and material resources. As consequences, there was a psychological shock to the patient and their families and an increase in hospital expenses. It is important to establish interventions during the planning phase of the surgical procedure, in order to mitigate the outcomes generated by these suspensions.

Keywords: Perioperative nursing; Elective surgical procedures; Suspension of treatment; Health services administration.

Resumen

Objetivo: identificar las principales causas y consecuencias de la suspensión de procedimientos quirúrgicos electivos. **Métodos:** se trata de una revisión integradora que siguió recomendaciones adaptadas de los Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. Desde el Portal de la Biblioteca Virtual en Salud se eligieron las bases de la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud y la Base de Datos de Enfermería, con los operadores booleanos: “cancelación”, “suspensión”, “cirugía” – entre 2013 y 2023. **Resultados:** dos se destacaron principales categorías temáticas: a) causas de suspensión de cirugías electivas, obteniéndose dos subcategorías: factores intrínsecos y factores extrínsecos del paciente quirúrgico; y b) repercusiones de la suspensión de cirugías electivas. **Conclusión:** los principales motivos para suspender las cirugías fueron las causas clínicas del paciente, la falta de camas y recursos materiales. Como consecuencias, hubo un shock psicológico para el paciente y sus familiares y un aumento de los gastos hospitalarios. Es importante establecer intervenciones durante la fase de planificación del procedimiento quirúrgico, con el fin de mitigar los resultados generados por estas suspensiones.

Palabras clave: Enfermería perioperatoria; Procedimientos quirúrgicos electivos; Suspensión del tratamiento; Administración de servicios de salud.

1. Introdução

No passado, a cirurgia era considerada o último recurso aplicável aos doentes, quando não havia mais remédios que restabelecessem a normalidade da saúde (Tubino & Alves, 2009). Ela progrediu como uma ciência no século XX, proporcionando meios para tratar condições que eram difíceis ou impossíveis de tratar somente com a clínica conservadora. Conforme a Organização Mundial da Saúde [OMS] (2009), a cada ano, 63 milhões de pessoas sofrem injúrias traumáticas e são submetidas aos procedimentos cirúrgicos e 31 milhões utilizam a cirurgia como forma de tratamento de malignidades – ou seja, é um acontecimento que impede a continuidade do ciclo normal de desenvolvimento do paciente, tirando-o do seu conforto e segurança (Bohrer et al., 2011; OMS, 2009).

Dessa forma, a intervenção cirúrgica é um acontecimento que não se encontra na rotina do indivíduo, pois visa diagnosticar, tratar, curar enfermidades ou algum tipo de traumatismo, a fim de melhorar ou recuperar a condição clínica do paciente. Trata-se de um episódio que necessita de recursos humanos, materiais e tecnológicos que influenciam o perfil emocional e financeiro dos pacientes e de seus familiares (Brito et al., 2022), com surgimento de diversos sentimentos, tais como: medo da anestesia, complicações que podem resultar em morte, receio de sentir dor e imprecisão do prognóstico pós-cirúrgico (Gonçalves et al., 2020).

O procedimento cirúrgico representa a possibilidade de melhora na qualidade de vida do paciente e, por sua vez, a chance de suspensão promove transtornos psicológicos, prejuízo na programação de vida diária e o rompimento do vínculo de confiança. Esses eventos podem desencadear diversas reações, dentre elas estão: tristeza, revolta, desânimo, agressividade, insegurança, sentimento de inferiorização, entre outros (Araújo et al., 2019). Ademais, a informação a respeito da suspensão da cirurgia pode acontecer por ligação telefônica ao paciente – ainda no seu domicílio, no leito de internação hospitalar ou já no interior do centro cirúrgico. Destaca-se que essas duas últimas são consideradas de maior repercussão ao paciente (Gonçalves et al., 2020).

A suspensão de procedimentos cirúrgicos aumenta o custo operacional e financeiro para o hospital – aproximadamente 40% do total dos gastos, visto que envolve ocupação do leito, reserva da sala de operação e do material esterilizado, equipe de saúde e perda da possibilidade de inclusão de outro paciente na programação cirúrgica (Brito et al., 2022). Em relação às causas das suspensões, uma pesquisa realizada em um Hospital Regional do Distrito Federal contabilizou 566 suspensões de cirurgias, sendo que 379 foram decorrentes de fatores estruturais; 187 pelas condições clínicas desfavoráveis e recusa de cirurgia pelo paciente (Brito et al., 2022). Além disso, existe certa dificuldade de comunicação entre as equipes, ausência de material necessário para a cirurgia, irregularidade no preparo pré-operatório – como a falta de exames e não comparecimento e/ou atrasos da equipe e do paciente (Gonçalves et al., 2020).

Assim, torna-se imprescindível realizar estudos a fim de desenvolver estratégias para a elaboração de novas técnicas

para organização dos processos de trabalho, melhorar a análise clínica do paciente, diminuindo o tempo de internação e consequente redução dos consumos institucionais (Gonçalves et al., 2020). Nesse sentido, o enfermeiro tem papel fundamental para contribuir com a diminuição da taxa de cancelamento cirúrgico, pois seu trabalho está voltado para a gestão da unidade, como: provimento de equipamentos; escalar a equipe de apoio; agendamento no mapa cirúrgico; orientação de montagem das salas operatórias; dentre outras (Araújo et al., 2019).

Este estudo objetiva identificar, a partir da literatura, as principais causas e as consequências da suspensão dos procedimentos cirúrgicos eletivos.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que aborda a temática da suspensão de cirurgias eletivas. As etapas desta pesquisa foram comprovadas com a utilização das recomendações que foram adaptadas do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Galvão et al., 2015). Como questão norteadora para este estudo – “quais são os principais motivos de suspensão de cirurgias eletivas e as repercussões ou consequências ao paciente?” Assim, os parâmetros definidos na estratégia de busca foram: população (paciente cirúrgico em cirurgias eletivas), interesse do estudo (suspensão das cirurgias), contexto (sem comparação) e estudo (motivos e consequências da suspensão das cirurgias).

2.1 Critérios de elegibilidade

No que tange aos critérios de elegibilidade, foram incluídos os artigos científicos publicados entre 2013 e 2023 nos idiomas português, inglês e espanhol, com os resumos disponíveis na íntegra. Foram considerados elegíveis os textos que mencionaram, obrigatoriamente, suspensão ou cancelamento de cirurgias eletivas. Excluíram-se os artigos indisponíveis na íntegra, editoriais, dissertações, teses, monografias e aqueles que não estavam de acordo com o objetivo da pesquisa.

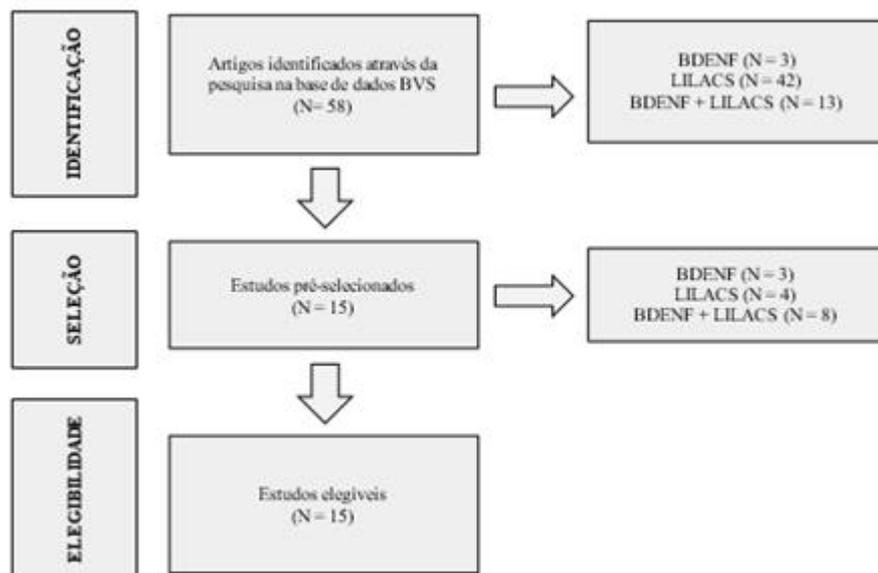
2.2 Estratégia de busca bibliográfica

Como estratégia da pesquisa bibliográfica, foi utilizado o Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o qual comporta diversas bases de dados na área das ciências da saúde, como a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Inicialmente, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) relacionados ao assunto, porém, ao avaliar a grande quantidade de textos nos resultados, optou-se por refazer a pesquisa, com a finalidade de filtrar melhor os textos. Para tanto, utilizou-se os operadores booleanos com os termos: “Cancelamento”, “Suspensão”, “Cirurgia” e aplicada a seguinte estratégia de pesquisa: (cancelamento) OR (suspensão) AND (cirurgia) AND (fulltext:(“1” OR “1” OR “1” OR “1” OR “1” OR “1” OR “1” AND db:(“LILACS” OR “BDENF”) AND la:(“en” OR “pt” OR “es”)) AND (year_cluster: [2013 TO 2023])).

2.3 Seleção e avaliação da qualidade dos estudos

Primeiramente, sem a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram identificados 601 textos, que após a utilização dos filtros disponíveis na própria BVS, como: textos disponíveis na íntegra; todos os tipos de estudos; idiomas português, inglês e espanhol; e período de 2013 a 2023 – totalizando 58 textos. A primeira etapa da seleção dos estudos foi através da leitura dos títulos, palavras-chave e resumos. Depois, os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra. Em todas as etapas, os artigos que não atendiam aos critérios de elegibilidade já descritos foram excluídos e, ao final, remaneceram 15 artigos na amostra – conforme Figura 1. A apresentação dos resultados foi organizada em quadro que otimizou a análise para a categorização temática na discussão.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos.



Fonte: Elaborado pelos autores.

3. Resultados e Discussão

Com o intuito de simplificar a coleta de informações foi desenvolvido o Quadro 1 com os seguintes dados: características (título, autor(es), base de dados, periódico, ano e local), objetivo do estudo e principais resultados dos quinze (15) artigos selecionados. Por fim, sucedeu-se a análise crítica e especificação temática da pesquisa, sendo: as causas de suspensão de cirurgias eletivas e as repercussões da suspensão de cirurgias eletivas.

Quadro 1 - Pesquisa bibliográfica: suspensão ou cancelamento de cirurgia eletiva.

Título	Autor(es)	Base de dados	Periódico/ Local	Objetivo	Resultados
Impacto da suspensão das cirurgias eletivas em pacientes com escoliose idiopática do adolescente no período da pandemia de covid-19	Castanheira et al. (2023)	LILACS	Rev. bras. ortop. Brasil	Avaliar as progressões radiográficas das curvas escolióticas, acima de 40 graus em pacientes com escoliose idiopática.	A partir da comparação das medidas radiográficas entre as avaliações pré e pós suspensão das cirurgias eletivas, observamos o aumento significativo dos valores angulares da curva principal ($p < 0,001$), com variações entre 0 e 68°, e mediana de 10°. Em relação às curvas secundárias, observamos um aumento dos valores angulares da região torácica proximal ($p < 0,001$) e lombar ($p = 0,001$). Entretanto, o aumento da região torácica principal não foi considerado significativo ($p = 0,317$).
Taxa de suspensão cirúrgica: indicador de qualidade da assistência	Gonçalves et al. (2020)	LILACS, BDNF	Rev. SOBECC Brasil	Identificar a taxa de suspensão de cirurgias eletivas de hospital público e analisar as principais causas de suspensão.	A taxa de suspensão cirúrgica do hospital foi de 18,5% em 2015, 20,5% em 2016 e 16,8% em 2017. A condição clínica do paciente desfavorável para a realização da cirurgia foi o motivo mais evidente nas clínicas de Cirurgia Geral, Urologia e Ginecologia no período analisado.
Suspensão de cirurgias eletivas em hospital público de	Costa et al. (2021)	BDNF	Rev. enferm. UFPE	Buscou-se avaliar a percepção dos pacientes sobre o	Verificou-se que, de janeiro de 2016 a dezembro de 2018, programaram-se 18432 procedimentos, com 5707 (31%)

pernambuco: visão crítica do paciente			Brasil	cancelamento de cirurgia.	suspensos. Obteve-se como motivo mais evidenciado o prolongamento da cirurgia anterior, alcançando 46% (2016-2017) e 41% (2018), seguido por motivos relacionados ao paciente (12% a 15%).
Suspensões de cirurgias ortopédicas por motivos extrínsecos em pacientes idosos	Bizo et al. (2021)	LILACS	Rev. SOBECC Brasil	Verificar taxa e motivos extrínsecos de suspensões de cirurgias ortopédicas eletivas em idosos.	Das 543 cirurgias ortopédicas de idosos agendadas, 93 (17,41%) foram suspensas. O maior motivo para a suspensão foi extrapolação do tempo da cirurgia anterior (35,48%); a cirurgia foi cancelada uma vez e realizada entre um e dois dias após a suspensão (91,87%), com significância estatística (p=0,00).
Prevalência de suspensões cirúrgicas eletivas em um hospital público do sul do Brasil	Machado et al. (2021)	LILACS, BDEFN	Rev. SOBECC Brasil	Caracterizar a prevalência e as causas de suspensão das cirurgias eletivas considerando determinantes clínicos e não clínicos.	Das 11.792 (100,0%) cirurgias programadas, 2.170 (18,4%) foram suspensas. As especialidades cirúrgicas com maior taxa de suspensão foram ortopedia (32,6%) e cirurgia geral (19,0%), tendo como principais motivos não clínicos: prioridade para urgência (21,5%), falta de vaga em unidade terapia intensiva (15,6%) e não comparecimento do paciente (13,6%). O principal motivo clínico foi condição clínica desfavorável (8,7%).
Cancelamento cirúrgico: percepção de enfermeiros do bloco operatório	Pereira et al. (2021)	LILACS	Rev. SOBECC Brasil	Identificar a percepção de enfermeiros do bloco operatório sobre os motivos para o cancelamento de cirurgias eletivas.	Os discursos foram agrupados em duas categorias temáticas: a primeira, lacunas no planejamento cirúrgico, contendo três subcategorias, e a segunda, prevenção de situações evitáveis, com duas subcategorias.
Suspensão de cirurgia no Centro Cirúrgico do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo	Sodré et al. (2021)	LILACS	Rev. adm. saúde Brasil	Estabelecer a incidência de suspensões de procedimentos eletivos no centro cirúrgico,	Foram realizados 23.820 procedimentos no centro cirúrgico e cancelados 3.273 (12,1%). As principais causas de cancelamento foram: condições clínicas desfavoráveis (24,2%), não comparecimento do paciente (23,8%), erro de programação da especialidade (15,4%), troca por cirurgia de urgência (7,9%), falta de material/equipamento (7,3%), falta de vaga na UTI (5,2%) e adiantado da hora (5,1%).
Avaliação dos fatores de cancelamento de cirurgias em hospitais do nordeste brasileiro	Araújo et al. (2019)	LILACS, BDEFN	Rev. SOBECC Brasil	Identificar a taxa de cancelamento cirúrgico e avaliar os fatores que causam o cancelamento de cirurgias.	No período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015, no hospital privado-público, foram programadas 20.810 cirurgias e suspensas 4.815, com taxa de suspensão cirúrgica de 23,3%. No hospital público, foram programadas 6.392 cirurgias e suspensas 2.702, com taxa de suspensão de 42,7%. Os principais fatores de suspensão relacionam-se ao paciente e a aspectos administrativos.
Fatores determinantes para suspensões de cirurgias eletivas em um hospital do Distrito Federal	Gomes et al. (2018)	LILACS, BDEFN	Rev. SOBECC Brasil	Identificar os principais fatores determinantes para a suspensão de cirurgias eletivas e calcular a taxa de suspensão.	De janeiro a outubro de 2015 foram programadas 6.926 cirurgias, das quais foram realizadas 4.587 e suspensas 2.339, totalizando uma taxa de suspensão cirúrgica de 33,8%. O principal motivo de suspensão foram causas injustificadas, com 30,1%. Verificou-se que das 584 cirurgias suspensas classificadas como motivo "outros", 100,0% dos casos foram ocasionados pelo avanço de horário da cirurgia anterior.

Fatores clínicos e organizacionais relacionados à suspensão de procedimentos cirúrgicos	Moraes et al. (2017)	BDENF	Rev. enferm. UFPE Brasil	Descrever a frequência e os fatores clínicos e organizacionais relacionados à suspensão de cirurgias.	Foram agendadas 9.648 cirurgias eletivas, sendo 30,6% suspensas. Houve predomínio do sexo feminino e cirurgias de média complexidade. As especialidades que mais suspenderam cirurgias foram cirurgia geral, cirurgia ortopédica e cirurgia urológica. Os motivos mais frequentes foram ausência do paciente, insucesso de cirurgia anterior e substituição de uma cirurgia eletiva por uma cirurgia de emergência.
Taxa de cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade em hospital universitário público	Pinheiro et al. (2017)	LILACS, BDENF	REME rev. min. enferm Brasil	Identificar a taxa de cancelamento cirúrgico em um hospital universitário público, bem como caracterizar as cirurgias e os motivos da sua suspensão.	A população foi oriunda do total (n=2828) de procedimentos cirúrgicos eletivos e foram canceladas (n=522). A taxa geral de cancelamento cirúrgico foi obtida a partir da fórmula de um programa de qualidade, determinada em 18,45%. Os motivos mais frequentes de suspensão operatória são aqueles inerentes aos recursos humanos (61,38%) e à ineficiência do planejamento cirúrgico (21,45%).
Suspensão de cirurgias em um hospital universitário	Carvalho et al. (2016)	LILACS, BDENF	Rev. SOBECC Brasil	Analisar a incidência de suspensão de cirurgias e identificar as suas principais causas.	A taxa global de cancelamento de procedimento cirúrgico foi de 19,5%. As maiores frequências de suspensão ocorreram nas cirurgias pediátricas, oncológicas e gerais. Foram identificadas 23 causas para o cancelamento de cirurgias na instituição, dentre elas destacaram-se o absenteísmo do paciente e as condições institucionais, representadas principalmente por problemas com recursos materiais, humanos e organização do serviço.
Determinação dos fatores da suspensão de cirurgia e suas contribuições para assistência de enfermagem	Sampaio et al. (2016)	LILACS, BDENF	Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) Brasil	Determinar o perfil dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos; identificar as principais cirurgias realizadas em uma unidade de saúde.	Dos 260 prontuários pesquisados, observou-se um total de 55 suspensões (21,2%). Notou-se que a tendência de suspensões ocorrerem frequentemente em pacientes acima dos 40 anos de idade. Os motivos mais encontrados para a justificativa das suspensões foram: falta de anestesista (18,2%) e crises hipertensivas (12,7%); encontrou-se, também, um elevado índice de motivos não declarados em prontuário (34,5%).
Taxas e causas de suspensão de cirurgias em um hospital público no ano 2014	Abeldañó et al. (2016)	LILACS, BDENF	Enferm. univ México	Analisar a suspensão de cirurgias no Hospital de Trauma Dr. Federico Abete no ano 2014.	A taxa de suspensão de cirurgias foi de 7,6%. A taxa mais baixa foi registrada no mês de dezembro (4,3%), enquanto que novembro registrou a maior taxa (11,1%). As causas relacionadas com a logística e as causas administrativas corresponderam a 44,2% das causas de suspensão, enquanto que as causas médicas (não cirúrgicas) tiveram a frequência de 40,8%. As causas relacionadas com a anestesia representaram o 5,4%
A problemática da suspensão cirúrgica: a perspectiva dos anesthesiologistas	Garcia et al. (2013)	BDENF	Rev. enferm. UFPE Brasil	Avaliar a problemática da suspensão cirúrgica na perspectiva de residentes e docentes de Anestesiologia.	Os discursos foram agrupados em cinco categorias: Motivos da suspensão cirúrgica; Repercussões; Comunicação da suspensão cirúrgica; Sentimentos do anestesista; Reduzindo as suspensões.

Fonte: Elaborado pelos autores.

No Quadro 2 seguem as principais causas de suspensão de cirurgias eletivas, a saber: erros na marcação cirúrgica, agendamento além da capacidade do setor, previsão e provisão de materiais, falhas no cuidado pré-operatório, recusa do paciente e/ou não comparecimento, prolongamento da cirurgia anterior, mudança de conduta médica, prioridade para urgência, ausência de vaga na UTI, ausência de profissionais, causas clínicas e pandemia.

Quadro 2 - Causas de suspensão de cirurgias eletivas.

Autores	Causas de suspensão
Castanheira, Nardone, Luciano e Leite (2022); Machado et al. (2021); Costa et al. (2021); Sodré e Fahl (2021); Bizo et al. (2021); Pereira et al. (2021); Gonçalves et al. (2020); Araújo, Ferreira, Comassetto e Bernardo (2019); Gomes, Franco, Morais e Barbosa (2018); Moraes, Pachêco, Silva e Silva (2017); Pinheiro et al. (2017); Carvalho et al. (2016); Sampaio, Gonçalves e Júnior (2016); Albedaña e Coca (2016)	Ausência de vaga na UTI
Pereira et al. (2021); Machado et al. (2021); Costa et al. (2021); Sodré e Fahl (2021); Bizo et al. (2021); Araújo, Ferreira, Comassetto e Bernardo (2019); Gomes, Franco, Morais e Barbosa (2018); Moraes, Pachêco, Silva e Silva (2017); Pinheiro et al. (2017); Carvalho et al. (2016); Sampaio, Gonçalves e Júnior (2016); Albedaña e Coca (2016); Garcia e Fonseca (2013)	Previsão e provisão de materiais
Machado et al. (2021); Costa et al. (2021); Sodré e Fahl (2021); Bizo et al. (2021); Pereira et al. (2021); Gonçalves et al. (2020); Araújo, Ferreira, Comassetto e Bernardo (2019); Gomes, Franco, Morais e Barbosa (2018); Moraes, Pachêco, Silva e Silva (2017); Sampaio, Gonçalves e Júnior (2016); Albedaña e Coca (2016); Carvalho et al. (2016); Garcia e Fonseca (2013)	Causas clínicas do paciente
Pereira et al. (2021); Costa et al. (2021); Machado et al. (2021); Gonçalves et al. (2020); Araújo, Ferreira, Comassetto e Bernardo (2019); Gomes, Franco, Morais e Barbosa (2018); Moraes, Pachêco, Silva e Silva (2017); Pinheiro et al. (2017); Carvalho et al. (2016); Sampaio, Gonçalves e Júnior (2016); Albedaña e Coca (2016); Garcia e Fonseca (2013)	Falhas no cuidado pré-operatório do paciente
Machado et al. (2021); Sodré e Fahl. (2021); Pereira et al. (2021); Gonçalves et al. (2020); Araújo, Ferreira, Comassetto e Bernardo (2019); Gomes, Franco, Morais e Barbosa (2018); Moraes, Pachêco, Silva e Silva (2017); Carvalho et al. (2016); Albedaña e Coca (2016)	Recusa do paciente/não comparecimento
Machado et al. (2021); Costa et al. (2021); Sodré e Fahl. (2021); Bizo et al. (2021); Pereira et al. (2021); Gonçalves et al. (2020); Araújo, Ferreira, Comassetto e Bernardo (2019); Gomes, Franco, Morais e Barbosa (2018); Moraes, Pachêco, Silva e Silva (2017)	Prolongamento da cirurgia anterior
Costa et al. (2021); Gonçalves et al. (2020); Araújo, Ferreira, Comassetto e Bernardo (2019); Gomes, Franco, Morais e Barbosa (2018); Moraes, Pachêco, Silva e Silva (2017); Carvalho et al. (2016); Sampaio, Gonçalves e Júnior (2016); Albedaña e Coca (2016)	Ausência de profissionais
Machado et al. (2021); Costa et al. (2021); Bizo et al. (2021); Moraes, Pachêco, Silva e Silva (2017); Pinheiro et al. (2017); Carvalho et al. (2016); Albedaña e Coca (2016)	Mudança de conduta médica
Machado et al. (2021); Sodré e Fahl. (2021); Bizo et al. (2021); Araújo, Ferreira, Comassetto e Bernardo (2019); Moraes, Pachêco, Silva e Silva (2017)	Prioridade para urgência
Costa, Jacob, Silva, Gomes e Serrano (2021); Gonçalves et al. (2020); Garcia e Fonseca (2013)	Agendamento além da capacidade do setor
Pereira et al. (2021); Machado et al. (2021); Araújo, Ferreira, Comassetto e Bernardo (2019)	Erros na marcação cirúrgica.
Castanheira, Nardone, Luciano e Leite (2022); Moraes, Pachêco, Silva a (2017)	Restrições Sanitárias
Castanheira, Nardone, Luciano e Leite (2022)	Pandemia

Fonte: Elaborado pelos autores

Sobre o cancelamento das cirurgias eletivas, Bizo et al., (2021) descrevem que os procedimentos cirúrgicos envolvem vários fatores, que podem ser intrínsecos, relacionados ao paciente, ou extrínsecos, relacionados ao ambiente e à equipe – a má gestão ou imprevistos relacionados a esses fatores podem levar a suspensão do procedimento cirúrgico. Nesse sentido, ocorre

prejuízo no planejamento e no bom funcionamento do serviço, além de acarretar repercussões aos pacientes, aos profissionais e à instituição de saúde (Araújo et al., 2019; Gomes et al., 2018).

3.1 Fatores intrínsecos ao paciente cirúrgico

Na pesquisa de Gonçalves et al., (2020), foram citadas as causas de suspensões cirúrgicas oriundas do paciente, como falta de jejum, condições clínicas inadequadas, mudança da indicação cirúrgica, uso de medicação, ausência, óbito ou recusa do paciente. O motivo “falta de condições clínicas do paciente” foi o mais relevante no estudo, corroborando com a pesquisa de Sodré e Fahl (2021) e Garcia e Fonseca (2013). No estudo de Albedaña e Coca (2016), as suspensões por causas clínicas chegaram a 40,8% do total de suspensões.

O segundo motivo foi a ausência do paciente, o qual Araújo et al. (2019) apontam que o não comparecimento foi a taxa mais expressiva, seguido da falta de condições clínicas. Do mesmo modo, Sodré e Fahl (2021) afirmam que durante cinco anos tiveram um índice de suspensão de 12,1% e o principal motivo foi o não comparecimento do paciente no dia da cirurgia (24,2%). Nos estudos de Gonçalves et al., (2020) e Machado et al., (2021) houve uma frequência semelhante de suspensões por esse motivo, sendo respectivamente: 14,5% em 2015 e 13,6% de 2018 a 2019. Enquanto no estudo de Araújo et al., (2019), a taxa de não comparecimento em um hospital privado-público foi de 47,9% em 2014 e 42,5% em 2015 e em hospitais da rede pública de saúde foi de 41,33% em 2014 e 26,9% em 2015.

As principais alterações clínicas identificadas foram as infecções das vias aéreas superiores, hipertermia, pneumonia, tosse produtiva, queda de saturação de oxigênio, infecção de trato urinário, falta de exame pré-operatório – laboratorial e imagem, pressão arterial sistêmica elevada, outras infecções, problemas cardiovasculares, alterações nos exames, alterações relacionadas à coagulação, entre outros (Machado et al., 2021; Carvalho et al., 2016; Albedaña & Coca, 2016). Além disso, Costa, Jacob, Silva, Gomes e Serrano (2021) citam que as afecções preexistentes podem resultar em desequilíbrios na condição do paciente.

Existem outras razões que são discutidas pelos autores, bem como o apontamento de medidas de intervenções para minimizar os desfechos com cancelamentos. Entre as assistenciais, temos falhas no jejum antes da cirurgia e/ou ausência de exames complementares (Pinheiro et al., 2017; Costa et al., 2021, Pereira et al., 2021, Araújo et al., 2019; Gomes et al., 2018; Albedaña & Coca, 2016). Assim, Sodré e Fahl (2021) tiveram como resultado 15,4% das cirurgias suspensas devido ao preparo inadequado do paciente. As causas assistenciais muitas vezes ocorrem por falha na comunicação entre a equipe e/ou falha na orientação oferecida ao próprio paciente (Pereira et al., 2021).

Em relação à causa “recusa do paciente”, no estudo do Machado et al. (2021) houve apenas 0,05% no ano de 2018 a 2019 e um resultado parecido no artigo de Gonçalves et al., (2020): 1% em 2015, 2% em 2016, 1,1% em 2017. Uma das causas citadas por Machado et al., (2021) para a recusa do paciente está relacionada ao paciente negar a reserva de sangue.

3.2 Fatores extrínsecos ao paciente cirúrgico

No que tange à suspensão por questões administrativas e estruturais da instituição, normalmente estão relacionadas à má gestão, como os erros na marcação cirúrgica; falha na previsão e provisão de recursos materiais; mudança na conduta médica; ausência de vaga na UTI; déficit de profissionais; priorização dos procedimentos de urgência; problema ou defeito em equipamentos necessários à cirurgia; falta de hemoderivados; falha nas visitas pré-operatórias, entre outros (Castanheira et al., 2022; Araújo et al., 2019; Gomes et al., 2018; Garcia & Fonseca, 2013).

Em relação aos “erros na marcação cirúrgica”, Araújo et al. (2019); Gomes et al. (2018); Pereira et al. (2021); Pinheiro et al., (2017); Bizo et al., (2021) citam esse fator, sendo que o último, o relaciona ao profissional enfermeiro, uma vez que é o responsável pela gestão da equipe e comunicação assertiva entre os profissionais e a informação prévia dos materiais e

equipamentos necessários. Outro fator significativo e interessante abordado por esses autores foi o tempo de espera e a quantidade de vezes em que adveio o cancelamento. Obtiveram-se como resultado 91,67% cirurgias suspensas uma vez são realizadas entre um e dois dias depois, 88,24% foram efetivadas entre três e cinco dias depois e as demais aguardaram um tempo de até mais de 30 dias para serem realizadas, como Pinheiro et al., (2017) também informa em sua pesquisa que o paciente pode chegar a esperar esse tempo demasiado longo.

Observou-se a recorrência de suspensão de cirurgias devido ao prolongamento da cirurgia anterior. Gomes, Franco, Morais e Barbosa (2018) apontam que de 584 cirurgias suspensas classificadas como motivo “outros”, 100,0% dos casos foram ocasionados pelo avanço de horário da cirurgia anterior. Estudo de Costa et al., (2021) constatou que durante o período de janeiro de 2016 a dezembro de 2018 houve a suspensão de 31% dos procedimentos anestésico-cirúrgicos e na pesquisa de Bizo et al., (2021), 35,48% pela mesma causa.

De acordo com Gonçalves et al., (2021), os cancelamentos por previsão e provisão de material representou o segundo motivo de cancelamento, sendo que no ano de 2015 o índice chegou a 6,1%. Em consonância, na pesquisa de Sodré e Fahl (2021) o índice foi de 7,3%. Araújo et al., (2019) fazem um comparativo entre um hospital privado-público e público, no qual o último teve um número de suspensões maior por esse motivo.

Araújo et al., (2019), Albedañó e Coca (2016), Moraes et al. (2017) e Machado et al., (2021) citam a ausência de vaga na terapia intensiva como um outro motivo de suspensão cirúrgica. Machado, por exemplo, refere uma taxa elevada de 91,3% de cancelamentos. Além disso, Castanheira et al. (2022) destacam que após o primeiro diagnóstico de covid-19 no Brasil e a implementação das medidas de saúde pública para o combate da pandemia, houve uma sobrecarga dos setores de saúde e falta de disponibilidade de UTI, culminando na suspensão das cirurgias programadas para o período e um aumento da curva escoliótica dos pacientes.

Dentre as outras causas de suspensão, Gomes et al., (2018) descrevem problemas com autorização dos convênios em instituições privadas, restrições sanitárias, deficiências relacionadas à estrutura física nos serviços de saúde e ausência do cirurgião. Um fato interessante abordado por Costa et al., (2021) foi a constatação de cirurgias que não foram canceladas pela falta do circulante de sala operatória (auxiliar ou técnico de enfermagem), demonstrando um empenho importante realizado pela equipe de enfermagem em benefício da efetivação das cirurgias planejadas.

Sobretudo, percebe-se que a maioria das causas de suspensão das cirurgias foi consequência da falta de planejamento das ações que envolvem o processo da programação cirúrgica (Costa et al., 2021; Pereira et al., 2021; Araújo et al., 2019; Sampaio et al., 2016; Garcia & Fonseca, 2013; Gonçalves et al., 2020). Diante das diversas causas das suspensões descritas acima, existem as repercussões ou consequências tanto no âmbito institucional quanto no privado – paciente e seu familiar –

Quadro 3 - Repercussões da suspensão de cirurgias eletivas.

Autores	Repercussões
Machado et al. (2021); Bizo et al. (2021); Pereira et al. (2021); Araújo, Ferreira, Comasseto e Bernardo (2019); Gomes, Franco, Morais e Barbosa (2018); Sampaio, Gonçalves e Júnior (2016); Garcia e Fonseca (2013)	Aumento dos gastos hospitalares
Machado et al. (2021); Araújo, Ferreira, Comasseto e Bernardo (2019); Garcia e Fonseca (2013); Gomes, Franco, Morais e Barbosa (2018); Sampaio, Gonçalves e Júnior (2016)	Atraso em outras cirurgias
Costa et al. (2021); Sodré e Fahl (2021); Bizo et al. (2021); Pereira et al. (2021); Machado et al. (2021); Gonçalves et al. (2020); Castanheira, Nardone, Luciano e Leite (2022); Araújo, Ferreira, Comasseto e Bernardo. (2019); Garcia e Fonseca (2013); Sampaio, Gonçalves e Júnior (2016)	Abalo psicológico no paciente e em seus familiares
Castanheira, Nardone, Luciano e Leite (2022); Araújo, Ferreira, Comasseto e Bernardo (2019); Garcia e Fonseca (2013)	Piora na condição clínica

Fonte: Elaborado pelos autores

A maioria dos estudos apresentou os transtornos ao paciente como a principal repercussão da suspensão das cirurgias, incluindo abalo psicológico em virtude do nível elevado de envolvimento emocional antes da cirurgia, o desencadeamento de sentimentos negativos do cliente e da família com o hospital, bem como com os profissionais envolvidos. Ademais, os pacientes referem desconhecimento da causa da suspensão da cirurgia que o levam a ficar um tempo maior em jejum, sem a certeza de quando será realizado o procedimento, colaborando para a inquietação e outros sentimentos como: estresse, desânimo, vontade de ir para casa, nervosismo e sensação de abandono (Costa et al., 2021; Carvalho et al., 2016; Abeldaño & Coca, 2016; Bizo et al., 2021, Garcia & Fonseca, 2013; Araújo et al., 2019).

Gonçalves et al., (2020), Garcia e Fonseca, (2013) e Pinheiro et al., (2017) apontam que quando a notícia sobre a suspensão da cirurgia ocorre no leito de internação ou já dentro do centro cirúrgico possuem uma maior implicação, uma vez que o cliente está em maior vulnerabilidade, afastado do seu lar, frequentemente sozinho e sob a rotina da instituição. Diante desse fato, os anestesistas notam um motor desencadeante de impactos clínicos indesejáveis no paciente (Garcia & Fonseca, 2013).

O aumento dos dias de internação expõe o paciente às consequências, principalmente o idoso, ao ficar internado e exposto a agentes infecciosos, também ficará suscetível a atrofia muscular, lesões por pressão, osteopenia, pneumonia, tromboembolismo pulmonar e embolização gordurosa (Bizo et al., 2021). Exemplo de destaque é a pesquisa de Castanheira et al., (2023), a qual analisou o impacto da suspensão das cirurgias eletivas em pacientes com escoliose idiopática do adolescente no período da pandemia de covid-19. Como resultados, nas cirurgias que demoraram mais de quatro meses para ocorrer os pacientes necessitaram de procedimentos adicionais e cirurgias mais longas – no período de interrupção cirúrgica houve aumento da curva escoliótica e um efeito negativo na qualidade de vida dos pacientes, atingindo o âmbito da autoimagem e da saúde mental.

Em segundo lugar, as pesquisas apontaram como uma notável repercussão no aumento dos gastos hospitalares (Araújo et al., 2019; Garcia & Fonseca, 2013). Segundo Machado et al., (2021) os custos provenientes de cirurgias em um hospital equivalem a 40% do total das despesas e, desta forma, a suspensão de cirurgias leva a prejuízos financeiros significativos, pois há demanda de horas extras e aumento das equipes, ampliação do risco de infecção pelo maior tempo de internação do paciente. Além disso, há desperdício de recursos humanos e instrumentais de materiais específicos (Sodré & Fahl, 2021; Gomes et al., 2018; Pereira et al., 2021), outras despesas para a instituição, como o aumento dos custos com a hospitalização, alimentação, medicações (Bizo et al., 2021).

Outro estudo destaca as reações dos enfermeiros diante da situação de suspensão da cirurgia, como reconhecer os motivos do cancelamento; preocupar-se com o problema por se sentir responsável pelo paciente; sugerir respostas para as razões do cancelamento; elucidar para a equipe de enfermagem os prejuízos ao paciente – pretendendo minimizar as aflições provocadas pela suspensão cirúrgica e preparar para o novo agendamento, uma vez que são profissionais influentes no sistema e encarregados da dinâmica da instituição (Pereira et al., 2021). Além disso, corroborando com os sentimentos dos profissionais enfermeiros, um estudo com os profissionais anestesistas demonstrou a preocupação destes com o paciente e a família, que devido aos desfechos psicológicos causados pelas suspensões, encontravam-se tristes, envergonhados e frustrados (Garcia & Fonseca, 2013).

Dentre as intervenções citadas a fim de minimizar o cancelamento dos procedimentos cirúrgicos, bem como seus desfechos negativos, a mais frequentemente apontada é relacionada ao planejamento estratégico. De fato, a programação de cirurgias em quantidade acima do que pode ser realizado demonstra uma falha organizacional na programação e na rotina cirúrgica. Assim, é pertinente a aplicação de reuniões regulares para discussão, planejamento a fim de esclarecer os motivos e melhorias para os próximos procedimentos (Pereira et al., 2021).

Mais um ponto crucial é em relação à consulta pré-operatória como estratégia eficaz para qualificar o cuidado, uma vez que pode detectar condições clínicas e psicológicas do paciente (Gonçalves et al., 2020; Pinheiro et al., 2017; Sampaio et al., 2016). A visita promove o vínculo e reforça relações de segurança, confiança e credibilidade com a equipe (Costa et al., 2021). Outrossim, o delineamento de metas a serem cumpridas relacionadas a organização da unidade, recursos humanos, materiais e equipamentos (Machado et al., 2021), bem como a liderança dos enfermeiros no bloco operatório e a verificação dos agendamentos na véspera das cirurgias (Pereira et al., 2021).

O enfermeiro exerce papel primordial na previsão e provisão dos recursos necessários para realizar com êxito o planejamento cirúrgico – enfatizando a comunicação com a unidade cirúrgica ao verificar inconsistências, evitando o preparo pré-operatório desnecessário do paciente (Costa et al., 2021). Além disso, torna-se necessário a busca ativa por aquele paciente ausente, para que seja feita uma investigação maior do caso e a confirmação da internação (Gonçalves et al., 2020 Sodré & Fahl, 2021).

A melhoria da comunicação entre os profissionais é citada pela maioria dos autores, tendo em vista que facilita o manejo adequado do processo cooperando para a troca de informações de maneira linear com repercussões diretas na assistência ao paciente. Dessa forma, Pereira et al., (2021) abordam a importância das orientações relevantes sobre o jejum, preparos e exames pré-operatórios. Faz-se necessário também uma maior atenção da equipe de profissionais para avaliar de forma holística a condição clínica do paciente e, dessa forma, obter uma confirmação assertiva sobre a indicação ou não de cirurgia (Garcia & Fonseca, 2013).

Outras intervenções são apontadas para reduzir a taxa de suspensão das cirurgias, como aprimoramento de estratégias de Saúde Pública direcionadas à otimização de cirurgias eletivas, gerenciamento de fluxos, informações e agendamento de procedimentos no centro cirúrgico, melhoria de indicadores de qualidade hospitalar em atenção à saúde do paciente perioperatório e estratégias diretas à clientela que contribuam para o manejo de possíveis sentimentos negativos na ocasião da suspensão de cirurgias (Pinheiro et al., 2017). Contudo, é fundamental mencionar que o estudo de Bizo et al., (2021) aponta a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) para utilizar como ferramenta de apoio na avaliação do paciente e do diálogo entre a equipe, garantindo a continuidade da assistência.

4. Considerações Finais

As causas da suspensão de cirurgias eletivas foram subcategorizadas em fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente cirúrgico. Dentre as causas intrínsecas, as que mais se destacam foram as relacionadas à condição clínica do paciente e às falhas no preparo pré-operatório do paciente. Já entre as causas extrínsecas, destacaram-se a indisponibilidade de leitos de UTI ou de internação, problemas com a estrutura física, falta de exames e/ou equipamentos, prioridade para as cirurgias de urgências e atraso na cirurgia anterior.

Observou-se que são muitos os desfechos consequenciais relacionados a suspensão da cirurgia eletiva, sendo frequentes aqueles que afetam diretamente os pacientes, como os abalos psicológicos – ansiedade, medo, tensão, insegurança, desânimo, tristeza, frustração, dentre outros –, devido ao alto nível de envolvimento emocional antes da cirurgia, espera de cerca de 30 dias para a remarcação da cirurgia e baixa qualidade de vida relacionada à autoimagem. Além disso, podem ser observados os desfechos clínicos desfavoráveis relacionados à suspensão, tais como, maiores riscos de complicações e piora do problema que deveria ser corrigido cirurgicamente.

A fim de minimizar as suspensões cirúrgicas e, conseqüentemente, os desdobramentos que afetam o paciente, é necessário estabelecer intervenções que melhorem todo o processo de trabalho até o acontecimento do procedimento cirúrgico. As intervenções que podem contribuir com o planejamento cirúrgico são: melhoria do mapa cirúrgico, com a enfermagem exercendo papel essencial na construção de medidas de planejamento e execução das ações, melhoria dos indicadores de

qualidade hospitalar, atenção à saúde do paciente perioperatório com otimização da consulta de enfermagem e aplicação de checklist em todas as suas etapas, adequação da comunicação entre os profissionais envolvidos e agendamento racional das salas cirúrgicas.

Existem várias medidas que podem ser empregadas para evitar o cancelamento de uma cirurgia, contudo, percebe-se que a maioria das suspensões estão relacionadas às etapas de organização e planejamento concernente ao funcionamento das consultas pré-operatórias, dimensionamento da equipe e da sala de cirurgia. Contudo, a implantação de novos fluxos, procedimentos operacionais padrão e processos de trabalho, bem como a comunicação entre os setores, paciente e equipes envolvidas são medidas que podem diminuir as suspensões desnecessárias e suas consequências para o paciente e seu familiar.

Assim, considera-se importante a realização de novas pesquisas científicas, especificamente aquelas que abordem o viés existente na díade - serviços públicos e serviços privados - de assistência cirúrgica, para que possam ampliar esta temática e colaborar com a disseminação de possíveis iniciativas de sucesso.

Referências

- Abeldaño, R. A., & Coca, S. M. (2016). Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público durante el año 2014. *Revista Enfermería Universitaria*, 14(2), 107-113. <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/93>
- Araújo, J. K. M., Ferreira, F. A. S., Comassetto, I., & Bernardo T. H. L. (2019). Avaliação dos fatores de cancelamento de cirurgias em hospitais do nordeste brasileiro. *Revista SOBECC* 24(4), 175-184. <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/474/pdf>
- Bizo, M., Gragnani, M. C. V., Laluce, T. O., Gouveia, J. L., Ruiz, P. B. O., & Ribeiro, R. C. H. M. (2021). Suspensões de cirurgias ortopédicas por motivos extrínsecos em pacientes idosos. *Revista SOBECC* 26(2), 77-83. <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/678/pdf>
- Bohrer, C. D., Marques, L. G. S., Rigo, D. de F. H., Borges, F., Vasconcelos, R. O., Bugs, T. V., & Alves, D. C. I., (2011). Causas de cancelamento cirúrgico em um hospital de ensino. *Revista Gestão & Saúde* 8(3), 485-96. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10321>
- Brito, L. M. G. F., Matos, R. S., Almeida, R. E., Wilk, M. M. G. S., Gomes, J. R. A. A., Itacarambi, L. R., Quirino, G. M. C., Ribeiro, L. F. D., Melo, A. M. C., Souza, L. T. C., Lucena, H. G. L., & Schiffer, R. B. M. (2022). Suspensões cirúrgicas em um hospital público do Distrito Federal. *HRJ* 3(14), 307-22. <https://escresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/374/281>
- Carvalho, T. A., Sobral, C. V., Marinho, P. M. L., Llapa-Rodriguez, E. O. O., & Campos, M. P. A. (2016). Suspensão de cirurgias em um Hospital Universitário. *Revista SOBECC* 21(4), 186-191. <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/46>
- Castanheira, M. N., Nardoni, G. S., Luciano, R. P., & Leite, M. S. (2023). Impacto da suspensão das cirurgias eletivas em pacientes com escoliose idiopática do adolescente no período da pandemia de covid-19. *Revista Brasileira de Ortopedia e Traumatologia* 58(3), 397-403. <https://scielo.br/j/rbort/a/kpFDKh9YFvLR98hCkCTgszw/?format=pdf&lang=pt>
- Costa, E. D. M., Jacob, K. C., Silva, L. B., Gomes, I. V., & Serrano, S.Q. (2021). Suspensão de cirurgias eletivas em hospital público de pernambuco: visão crítica do paciente. *Revista de Enfermagem UFPE* 15(2), 1-16. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1282883>
- Galvão, T. F., Pansani, T. S. A., & Harrard, D. (2015). Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação prisma. *Epidemiol Serv Saúde* 24(2), 335-342. <https://www.scielo.br/j/ress/a/TL99XM6YPx3Z4rxn5WmCNCF/?lang=pt>
- Garcia, A. C. K. A., & Fonseca, L.F. (2013). A problemática da suspensão cirúrgica: a perspectiva dos anestesiológicos. *Revista de enfermagem UFPE* 7(2), 481-90. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33109>
- Gonçalves, R. C. S., Sé A. C. S., Tonini, T., Figueiredo, N. M. A., Hernández P. E., & Fernandez B. M. (2020). Taxa de suspensão cirúrgica: indicador de qualidade da assistência. *Revista SOBECC* 25(2), 67-74. <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/548/pdf>
- Gomes, J. R. A. A., Franco, R. V. B., Morais, D. S. V. D., & Barbosa, B. C. (2018). Fatores determinantes para suspensões de cirurgias eletivas em um hospital do Distrito Federal. *Revista SOBECC* 23(4), 184-188. <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/419>
- Machado, L. M. S., Nascimento, K. C., Alvarez, A. G., Knihs, N. S., Sebold, L. F., & Cesconetto, D. (2021). Prevalência de suspensões cirúrgicas eletivas em um hospital público do sul do Brasil. *Revista SOBECC* 26(3), 131-137. <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/691/pdf>
- Moraes, P. G. S., Pachêco, N. M. D., Silva, R. G. S., & Silva, P. C. V. (2017). Fatores clínicos e organizacionais relacionados a suspensão de procedimentos cirúrgicos. *Revista de enfermagem UFPE* 11(7), 2645-53. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32330>
- Organização Mundial de Saúde. (2009). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_gui.pdf
- Pereira, E. B. F., Rangel, S. T., Modesto, B. C. M., Silva, J. L. S., Lima, M. A. S., & Jael, M. A. (2021). Cancelamento Cirúrgico: percepção de enfermeiros do bloco operatório. *Revista SOBECC* 26(1), 21-26. <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/604>

Pinheiro, S. L., Vasconcelos, R. O., Oliveira, J. L. C., Matos, F. G. O. A., Tonini, N. S., & Alves, D. C. I. (2017). Taxa de cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade em Hospital Universitário Público. *Revista Mineira de Enfermagem* 21(e-1014), 1-9. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-907977>

Sampaio, C. E. P., Gonçalves, R. A., & Júnior, E. C. S. (2016). Determinação dos fatores da suspensão de cirurgia e suas contribuições para assistência de enfermagem. *Revista online de pesquisa* 8(3), 4813-4820. <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4346>

Sodré, R. L., & Fahl, M. A. F. E. (2021). Suspensão de cirurgia no Centro Cirúrgico do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. *Rev. adm. saúde* 21(85 e307), 307-314. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1371297/suspensaode-cirurgia-spv21n85-2021.pdf>

Tubino, P., & Alves, E. (2009). *História da Cirurgia*, 2009. WordPress, pp. 1-6. https://alinesilvalmeida.files.wordpress.com/2010/05/historia_da_cirurgia.pdf