Pontifícia Universidade de São Paulo PUC/SP

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde

Grácia Maria Garcia Silva

Proposta de acolhimento pré-operatório de enfermagem como intervenção no cancelamento de cirurgias entre os usuários do SUS

Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde

Sorocaba/SP

2017

Grácia Maria Garcia Silva

Proposta de acolhimento pré-operatório de enfermagem como intervenção no cancelamento de cirurgias entre os usuários do SUS

Trabalho Final apresentado à Banca Examinadora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, *Campus* Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação nas Profissões da Saúde, sob orientação do Prof. Dr. Flávio Morgado.

Sorocaba/SP

2017

ERRATA

Silva, GMG. Proposta de acolhimento pré-operatório de enfermagem como intervenção no cancelamento de cirurgias entre os usuários do SUS.

Página 32, linha 16, leia-se:

Observa-se que o a quantidade de cirurgias realizadas pelo SUS é o maior percentual isolado (43,4%), e as fontes não SUS: Convênio representa (35,5%) e Particular representa (21,1%) das cirurgias realizadas. O percentual de suspensão de cirurgias SUS, de 14,0% é, no entanto, maior que o das outras fontes (8,8% para Convênio e 5,4% para Particular). A figura a seguir mostra a evolução da suspensão de cirurgias por fonte pagadora, no período de 2014 a 2017.

Página 38, linha 01, leia-se:

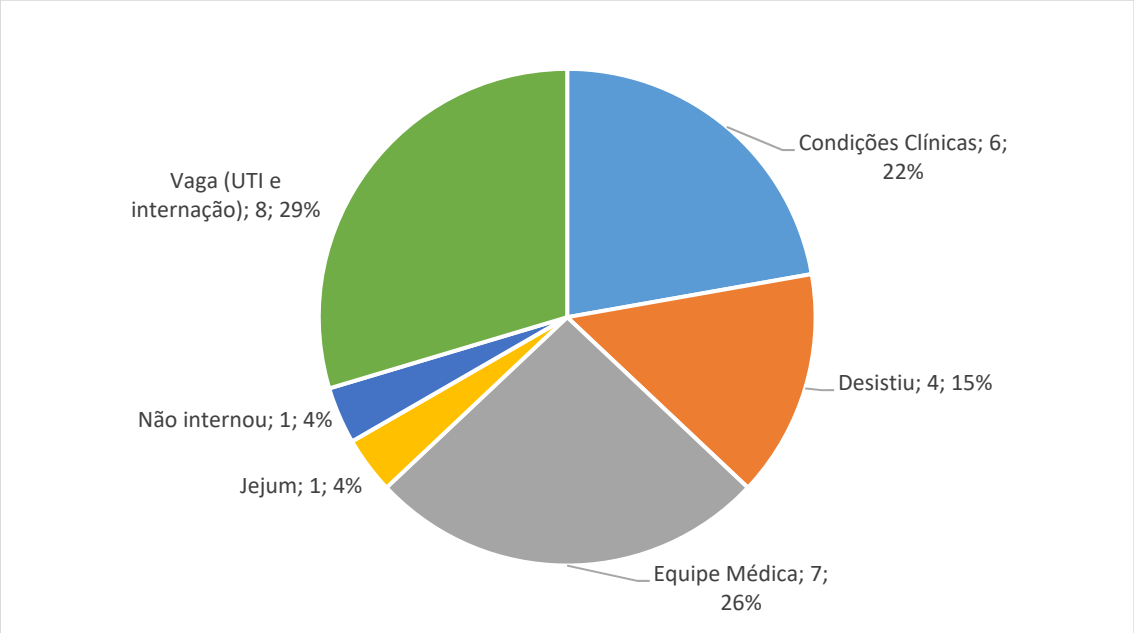
Dentre estas causas, o fator "Horário SUS", ou seja, a equipe anestésica tem um horário fixado em contrato com a instituição, que é das 07h00 às 19h00, tornando-se assim inviável colocar uma cirurgia de médio à grande porte iniciando após às 17h00, daí muitas vezes ser suspensa a cirurgia e apontávamos com ultrapassou horário, assim como relatado caso em outros estudos, como adiantado da hora.[40,49].

Página 39, linha 06, leia-se:

A maioria das cirurgias ocorreram num prazo de até cinco meses de espera entre a AIH e a realização da mesma, [...].

Página 41, figura 4, leia-se:

Figura 4 - Causas de suspensões durante a pesquisa (% e quantidade)



Fonte: A autora (Dados recolhidos no CC do HSL, Sorocaba-SP)

Silva, Grácia Maria Garcia
S586 Proposta de acolhimento pré-operatório de enfermagem como intervenção no cancelamento de cirurgias entre os usuários do SUS / Grácia Maria Garcia Silva. -- Sorocaba, SP, 2018.

Orientador: Flávio Morgado.
Trabalho Final (Mestrado Profissional) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde.

1. Enfermagem. 2. Cuidados Pré-operatórios. 3. Pacientes. 4. Centros Cirúrgicos. 5. Administração Hospitalar. I. Morgado, Flávio. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Antonio Pedro de Melo Maricato CRB8/6922

FOLHA DE APROVAÇÃO

Banca Examinadora

_____

_____

_____

Dedicatória

A todos os pacientes que cuidei ao longo da minha jornada de 36 anos como profissional de enfermagem; sem eles nada seria possível...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar pelo dom da vida, pela oportunidade de servir ao próximo como profissional da saúde.

Aos meus pais pela vida concebida, pela educação, caráter e determinação em vencer.

Ao meu esposo Leôncio, aos meus filhos: Geovana e Lucas: razão da minha existência, pela parceria, compreensão e incentivo em todas as etapas.

À Fundação São Paulo, pelo apoio concedido em forma de bolsa de estudos, minha eterna gratidão.

À instituição Hospital Santa Lucinda, na qual trabalho há 31 anos pelo apoio incondicional, em especial à nossa gerente de enfermagem, Silvia L.P. Stramm por acreditar em mim, permitindo-me ir em frente.

Heloísa Helena Armênio por toda ajuda, colaboração e incentivo nos momentos mais decisivos de entregas e prazos deste mestrado... sempre paciente e com um sorriso que dissipava os temores sentidos.

Eire e Robin "meus amigos e meus professores de inglês" que com muita paciência me ensinaram e me apoiaram nesta jornada.

Aos amigos da biblioteca da PUC-SP: Cristina, Camila, Pedro e Paulo, sempre tão gentis, solícitos e dispostos a colaborar.

Ás enfermeiras do Centro Cirúrgico: Ana Paula, Carol, Fabíola, Flavia, pelo apoio incondicional, por fazerem parte da minha jornada, por fazerem parte desse trabalho.

Ao grupo da coordenação que sempre estiveram comigo: Mariana Kato, Vanessa Oliveira, Milena Queiroz, Maria Toti, Adriana Ayres, Amanda Silva, meu obrigado.

Às colegas de trabalho: Natália Pontual, Cláudia Correia, Jeniffer Lopes, Andreia Dal Boni, Viviane Inada pela parceria e carinho sempre.

Aos funcionários do Centro Cirúrgico do HSL, por me apoiarem e fazerem parte do meu cotidiano e aos companheiros de todo hospital ao qual a mais profunda gratidão e respeito.

Aos meus amigos da Engenharia Clínica que tanto me incentivaram, quando diziam: "Porque você não fica em casa numa cadeira de balanço, fazendo tricô, crochê...", estas palavras apenas me tornaram mais forte e mais determinada em vencer mais este desafio.

Aos amigos da Afapuc, na pessoa do Flávio pelo apoio junto à Fundação São Paulo.

Às funcionárias do ambulatório de especialidades do SUS, especialmente as do agendamento cirúrgico: Edilaine e Tatiana, Katia e Daiane, o meu muito obrigado, seria impossível ter feito minha pesquisa sem a ajuda de vocês, Marina Moraes, secretaria da diretoria clínica por ser a elo na entrega dos documentos.

Aos amigos do Same: Jorge (In Memoriam), Fátima e Lucas por inestimável colaboração.

Professora Raquel que me acolheu e me ergueu quando a proficiência me sucumbiu.

Professora Alcirene Cabral minha grande incentivadora.

Às Enfermeiras Isabel e Hebe pelo carinho e incentivo sempre.

Ao Professor Neil Ferreira pelas orientações de bioestatística.

Aos mestres que tanto contribuíram para minha formação profissional nesta etapa de minha vida.

Às minhas avaliadoras: Prof.ª Leni B. Lanza e Prof.ª Simone Aquino pelas correções que me ajudaram ainda mais a crescer.

Aos colegas de turma pelos momentos nas nossas aulas: Durvalino com suas palavras cheias de sabedoria, Ana Maria com sua alegria, Priscila, Michele, Patrícia e Lorena obrigado por tanta ajuda quer nos trabalhos escritos e/ou nas apresentações, fica a saudade de mais uma etapa vencida.

E a todos que de alguma maneira contribuíram para tornar esse sonho palpável!!!

E, finalmente, ao meu orientador Professor Flávio Morgado pela competência e seriedade com que me transmitiu seus conhecimentos, além de não me permitir desanimar, sendo meu ponto de apoio e equilíbrio, em todas as etapas deste trabalho.

Epígrafe

Que nunca te satisfaças com aquilo que és.

Para que sejas um dia aquilo que ainda não és.

Avança sempre! Não fiques parado no caminho.

Santo Agostinho

RESUMO

Silva, GMG. Proposta de acolhimento pré-operatório de enfermagem como intervenção no cancelamento de cirurgias entre os usuários do SUS

O cancelamento de cirurgias é significativo em muitos hospitais, não apenas do Brasil. Os motivos se repetem em todos os estudos, variando apenas as ordens, e a maioria são causas evitáveis. Todo cancelamento gera *stress* para o paciente e onera a instituição, refletindo também ineficiência na gestão. Diante desta realidade, na qual os pacientes do SUS são os mais prejudicados, o trabalho propõe uma intervenção de enfermagem para diminuir os cancelamentos das cirurgias para esses pacientes. O estudo, feito com 159 pacientes do SUS com cirurgias eletivas agendadas, foi composto de uma consulta de enfermagem e de uma busca ativa (contato telefônico com o paciente ou familiar), 48 horas antes da cirurgia. Foi feito, também, um estudo retrospectivo sobre as cirurgias agendas, realizadas e suspensas, por especialidade, motivo de suspensão e fonte pagadora (SUS, Convênio e Particular) de janeiro de 2014 a novembro de 2017. A média de suspensões de cirurgias da pesquisa foi de 17,0%, acima da média histórica geral (10,4%) e da média histórica do SUS (14,0%). A taxa de suspensão quando houve o contato com o paciente ou com um familiar foi de 15,3%, inferior à taxa de quando não houve o contato (22,0%). Como os percentuais de causas relativas aos pacientes (44,4%) foram semelhantes aos não relativos (55,6%), recomenda-se uma ação conjunta entre as equipes de saúde e a instituição, de modo a diminuir os cancelamentos de cirurgias.

Palavras-chave: enfermagem, cuidados pré-operatórios, paciente, centro cirúrgico, administração hospitalar

ABSTRACT

Silva, GMG. A proposal for pre operation admission by nursing staff as means of reducing cancellation of surgery among SUS patients

The cancellation of surgeries is significant in many hospitals, not only in Brazil. The motifs are repeated in all studies, varying only by orders, and most are avoidable causes. All cancellation creates stress for the patient and burden the institution, also reflecting inefficiency in management. Faced with this reality, in which SUS (Health Unic System) patients are the most impaired, the work proposes a nursing intervention to reduce cancellations of surgeries for these patients. The study, conducted with 159 SUS patients with scheduled elective surgeries, consisted of a nursing consultation and an active search (telephone contact with the patient or family member) 48 hours before the surgery. A retrospective study was also performed on the surgical procedures performed and suspended, by specialty, reason for suspension and source of payment (SUS, Agreement and Particular) from January 2014 to November 2017. The average number of suspensions of research surgeries was 17.0%, above the historical average (10.4%) and the historical average of SUS (14.0%). The rate of suspension when there was contact with the patient or with a relative was 15.3%, lower than the rate when there was no contact (22.0%). As the percentages of patient-related causes (44.4%) were similar to non-relative ones (55.6%), joint action is recommended between health teams and the institution, in order to reduce cancellation of surgeries.

Key-words: nursing, preoperative care, patient, surgical center, hospital administration

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Total de cirurgias agendadas, realizadas e suspensas entre 2014 e 2017 no HSL, Sorocaba, SP. 31

Tabela 2 - Total de cirurgias agendadas, realizadas e suspensas entre janeiro de 2014 e novembro de 2017 no HSL, Sorocaba, SP 32

Tabela 3 - Total de cirurgias agendadas, realizadas e suspensas por especialidades, entre janeiro de 2014 e novembro de 2017, no HSL, Sorocaba, SP. 33

Tabela 4 – Total de cirurgias agendadas, realizadas e suspensas por especialidades, entre janeiro de 2014 e novembro de 2017, no HSL, Sorocaba, SP, em ordem decrescente de impacto. 34

Tabela 5 - Causas das suspensões de cirurgias em 2014 e 2015 35

Tabela 6 - Causas das suspensões de cirurgias em 2016 e 2017 36

Tabela 7 - Total de cirurgias agendadas, realizadas e suspensas por especialidades, no período da pesquisa, no HSL, Sorocaba, SP, em ordem decrescente de impacto 40

Tabela 8 - Relação da busca ativa (contato telefônico) com as cirurgias realizadas ou suspensas, no período da pesquisa. 41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Número das cirurgias suspensas de acordo com as fontes pagadora no período de 2014 a 2017 32

Figura 2 - Causas de suspensão relacionadas aos pacientes ou extra pacientes entre 2014 e 2017 37

Figura 3 - Tempo de espera entre a autorização da AIH e a realização da cirurgia 39

Figura 4 - Causas de suspensões durante a pesquisa (% e quantidade)..... 41

LISTA DE SIGLAS

SIGLA	DESCRIÇÃO
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CC	Centro cirúrgico
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CME	Central de Material e Esterilização
CO	Centro Obstétrico
FCMS	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
HSL	Hospital Santa Lucinda
ORL	Otorrinolaringologia
PTQ	Prótese Total de Quadril
SO	Sala de Operação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 15

2. REVISÃO DA LITERATURA 17

2.1. Cancelamento cirúrgico sob a ótica do paciente 18

2.2. Cancelamento cirúrgico sob a ótica da instituição 20

2.3 Cancelamento cirúrgico sob a ótica da equipe de saúde 21

2.4. Cancelamento cirúrgico como indicador de qualidade hospitalar 22

3. OBJETIVOS 25

3.1. Objetivo Geral 25

3.2. Objetivos Específicos 25

4. METODOLOGIA 27

4.1. Cenário do estudo 27

4.2. Sujeitos da pesquisa 27

4.3. Coleta de dados estatísticos de cirurgias 27

4.4 Intervenção de enfermagem 28

4.5 Aspectos éticos 29

5. RESULTADOS 31

5.1. Estudo retrospectivo 31

5.2. Pacientes observados 39

6. DISCUSSÃO 43

7. CONCLUSÃO 49

REFERÊNCIAS 51

APÊNDICE A - Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos 57

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 59

APÊNDICE C - Formulário de Consulta de Enfermagem pré-operatória 61

ANEXO 1 - Carta de Autorização para Realização da Pesquisa 63

ANEXO 2 - Parecer Consubistanciado do CEP 65

1. INTRODUÇÃO

Trabalhar em um centro cirúrgico é, para o profissional de enfermagem, correr o dia todo, manter um nível de adrenalina altíssimo, batalhar para que não falte material, para que a cirurgia não seja cancelada, verificar a internação do paciente, solicitar sua vinda para o Centro Cirúrgico (CC), solicitar e confirmar vagas de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), verificar reservas de hemoderivados, enfim inúmeras etapas a serem verificadas para que tudo transcorra dentro das expectativas, provisões e planejamento.

Estou neste processo há mais dez anos no Centro Cirúrgico do Hospital Santa Lucinda (HSL), dos quais metade como enfermeira assistencial e a outra metade como coordenadora. Trabalho na área da saúde há 35 anos, 20 deles como auxiliar de enfermagem e 15 como enfermeira. Sou Bacharel em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Sempre trabalhei em setores com altos índices de adrenalina: Nefrologia, UTI e CC. Como enfermeira, minha primeira experiência foi no CC de um hospital privado, onde fiquei por cinco anos sob *stress* muito forte, porém uma dinâmica apaixonante.

Fui apaixonada por UTI adulto, hoje não consigo imaginar-me em outro setor a não ser no CC., com uma rotina diferente, pois o setor é muito dinâmico, temos a presença dos alunos de enfermagem, medicina, instrumentação cirúrgica, os residentes de várias especialidades, enfim digo sempre que é muito bom vê-los chegando tão inexperientes, e aos nossos olhos os vemos crescer e crescer, daí partem e todo início de ano este ciclo se renova; a rotina deixa de ser rotina, o trabalho se torna apaixonante apesar de todo *stress* que ali dentro vivemos. Como toda enfermeira é muito “coração” e eu não sou diferente, sempre tive uma ligação mais forte com os menos favorecidos e, o cancelamento de qualquer cirurgia sempre me incomodou muito, independente do motivo; sei da luta que os pacientes sem convênio médico enfrentam para conseguir tratamento médico; a realização de uma cirurgia se torna uma meta muito mais complexa para pacientes sem convênio ou dinheiro. E a fila para se conseguir a autorização de cirurgia é longa e demorada.

Isto me inquietava muito e resolvi desenvolver dentro do Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde um trabalho de intervenção de enfermagem para tentar diminuir os cancelamentos de cirurgias, principalmente entre os pacientes sem convênio médico. Trabalhamos em parceria com o agendamento cirúrgico e outros profissionais do ambulatório de especialidades do SUS, e também do CC. Não tínhamos uma porcentagem

exorbitante de cancelamentos de cirurgias em nossa unidade, mas cada um deles me deixava insatisfeita, pensando: onde e porque falhamos? Poderíamos ter evitado? Como melhorar este processo?

Será que a origem do paciente em termos de fonte pagadora (SUS, Convênio, Particular) interfere no cancelamento das cirurgias? Se os cancelamentos fossem predominantes no SUS, como faríamos para acolher melhor o paciente do SUS a fim de evitar os cancelamentos?

2. REVISÃO DA LITERATURA

O cancelamento de cirurgias eletivas tem sido estudado não apenas no Brasil[1-3] como em outros países do mundo, tais como: Canadá[4], França[5], Holanda[6], Estados Unidos[7-8], Reino Unido[9-11]. Segundo Kumar[12], a incidência relatada de cancelamento em diferentes hospitais varia de 10% a 40%, sendo que há muitas razões de cancelamento de cirurgias eletivas.

Devido ao impacto causado ao paciente cirúrgico, no que se refere ao aumento de sua ansiedade e para o hospital, Ribeiro[13] define:

> Suspensão de cirurgias – fato que pode ocorrer, porém o motivo para a suspensão é mais facilmente controlado pelo hospital, pois ocorre quando o paciente já está internado;
>
> Cancelamento de cirurgias – fato que pode ocorrer, porém o motivo para o cancelamento foge ao controle do hospital, pois ocorre antes da internação do paciente [...]. p.8

Quando a cirurgia é suspensa com o paciente dentro do CC, um sentimento de impotência cai sobre o enfermeiro que busca de todas as formas evitar tal acontecimento, mas a responsabilidade do paciente é do cirurgião, e a decisão final é dele ou do anestesista que avaliou o paciente e viu que não havia condições clínicas e/ou exames compatíveis para a realização da cirurgia. Então o enfermeiro solicita que o paciente seja comunicado sobre o cancelamento de sua cirurgia, que seja feito o preenchimento do prontuário e o encaminhamento do paciente para o setor compatível e com as orientações pertinentes. Este fato gera um aumento dos custos para a instituição e a perda da otimização da sala com a inclusão de outra cirurgia. “O impacto emocional e os custos podem ser menores se o cancelamento ocorrer antes do afastamento de suas atividades e da internação”[14].

Existe literatura disponível abordando o preparo pré-operatório do paciente, assistência de enfermagem, fatores físicos e emocionais relacionados ao assunto, também vemos muitos autores preocupados com a questão do cancelamento de cirurgias e o impacto sofrido pelo paciente, que mudou rotinas, perdeu várias horas atrás de exames, as idas e vindas até a marcação da cirurgia e enfim o dia tão esperado: o dia da cirurgia! E esta não acontece por inúmeros fatores quer relacionado ao próprio paciente[10,15–19] ou não[12,20–24]. O Ministério da Saúde do Brasil define a taxa de suspensão de cirurgia como “o número de cirurgias suspensas, dividido pelo total de cirurgias programadas em determinado período e multiplicado por 100” [25].

Vários autores dizem que a maioria das suspensões de cirurgias tem causas evitáveis, devido à falta de planejamento[3,26,27], tendo-se, porém, condições de evitar tal problema, bastando um ajuste de gestão, tais como: implantação de uma avaliação pré-operatória anestésica e de enfermagem[17,28]; confirmação por telefone com o paciente na antevéspera da cirurgia[25,29,30]; gestão de leitos *versus* o mapa cirúrgico no dia anterior da cirurgia; e um trabalho mais intenso com a equipe médica, que subestima o tempo cirúrgico e acabam comprometendo outras cirurgias[1,3,20,25,27,31,32]. Os cancelamentos geram um cronograma sobrecarregado[10,17,21,22,33]**,** isto sem falar em pacientes fictícios, prática bastante comum dos cirurgiões[1,25,34,35] para segurar vaga no mapa cirúrgico.

As condições clínicas inadequadas[1,3,17–19,22,24,26,30,36,37] e o não comparecimento [3,12,14,18,19,21,22,25,32,33,38–40] são as causas mais frequentes de suspensão de cirurgias relacionadas aos pacientes[15,18]. A equipe médica aparece com a principal causa de suspensão não relacionada ao paciente[21,23,24,35,41].

Os estudos apontam que os pacientes do SUS são sempre os mais prejudicados, o que tem causado um grande prejuízo aos cofres públicos[1,24,42]. No Reino Unido a saúde pública sofre sérios riscos por esta problemática[9–11].

O grande prejudicado é sempre o paciente. Paschoal e Gatto[1] dizem que:

> Aparentemente a situação é comum em hospitais públicos ou vinculados à rede pública. Raramente é apontado como um problema significativo nas instituições particulares, talvez pela proximidade entre paciente, médico responsável e instituição hospitalar ou, ainda, pelo intenso e rigoroso controle administrativo sobre os gastos realizados, sem justificativas. p.52

Ávila[14] mostra que: "... são escassas as publicações sobre cancelamento de cirurgias em instituições brasileiras, pertencentes à rede privada".

Para analisar o impacto que o cancelamento de cirurgias gera é preciso estudar as causas sobre vários aspectos: o paciente ou usuário, a instituição, a equipe de saúde, o selo de qualidade das instituições e o impacto que acarreta junto aos indicadores institucionais.

2.1. Cancelamento cirúrgico sob a ótica do paciente

Todas as cirurgias, independentemente do porte, por questões estéticas ou não, cura ou tratamento paliativo, geram sentimentos incalculáveis nos pacientes. Cada um deles vem com

uma expectativa, seus medos, sua história, o paciente se prepara para este dia e o cancelamento desta cirurgia gera sentimentos e frustações que parecem ter sido esquecidos pela equipe de saúde[2]. A cirurgia requer um preparo prévio dessa pessoa e de seus familiares, que muitas vezes necessitam afastar-se de seus trabalhos, lares e de sua vida normal por algum tempo, estas pessoas necessitam mobilizar recursos físicos, emocionais e até financeiros para enfrentar esse momento[2]. "Ao pensarmos na situação do cancelamento de uma cirurgia para o paciente, entendemos que nesse caso tem necessidade de uma intervenção de enfermagem igualmente a se estivesse sendo atendido na cirurgia"[42].

O cancelamento de uma cirurgia previamente agendada pode gerar efeitos desastrosos, mesmo que os motivos sejam bem esclarecidos pela equipe de saúde e, se essa suspensão ocorreu mais de uma vez, maior será a insegurança deste paciente seja em relação à instituição ou à equipe de saúde[32,42]. Pode representar também vários inconvenientes, tais como o risco de infecção hospitalar e o aumento do período de internação[42].

A equipe de enfermagem ao cuidar desse paciente que teve sua cirurgia cancelada, muitas vezes depara-se com situações pouco confortáveis pois ela sabe o real motivo do cancelamento; muitas vezes não sabe se o paciente está ciente, quais foram as informações que ele recebeu ou como está se sentido diante do ocorrido[32,43].

Antônio et al.[41] alertam que:

> Nesse sentido parece que os profissionais de enfermagem, tais como os outros profissionais da equipe de saúde, ignoram como está o paciente que acabou de receber a notícia do cancelamento de sua cirurgia. Por mais corriqueiro que isso possa parecer para os profissionais, seja qual for o motivo, para o paciente este é o seu maior problema, devido suas particularidades, onde um mesmo fato é capaz de desencadear diferentes respostas em diferentes pessoas, pois cada um reage de modo particular frente a uma mesma situação, o que requer uma intervenção responsável e comprometida com a necessidade da pessoa. p. 35

Qualquer cirurgia, seja ela estética ou não, representa um momento único para o paciente e o seu cancelamento gera muita decepção e angustia, pois já foi longo o percurso com várias idas e vindas até esta data e esperar outra vez... uns desistem, outros pagam mesmo sem ter condições, outros simplesmente esperam ainda por meses e meses... e alguns falecerão na fila esperando[40].

2.2. Cancelamento cirúrgico sob a ótica da instituição

O cancelamento de uma cirurgia é uma falha decorrente de um mau planejamento administrativo do CC[21]. A suspensão de cirurgia é um evento desgastante para a instituição, que luta diariamente para aumento da demanda cirúrgica e diminuição dos custos assistenciais[1].

> [...] aparentemente a situação é comum em hospitais públicos ou vinculados à rede pública. Raramente é apontado como um problema significativo nas instituições particulares, talvez pela proximidade entre paciente, médico responsável e instituição hospitalar, ainda, pelo intenso e rigoroso controle administrativo sobre os gastos realizados sem justificativas [...] [1] p.52

Quando o cancelamento ocorre antes da internação não há custos para a instituição[21]. Porém, quando o cancelamento ocorre dentro do CC, há aumento do custo operacional, com prejuízos para a instituição[2,31,42], podendo ocorrer a perda de oportunidade de inclusão de outro paciente, subutilização das salas do CC, aumento da taxa de permanência (e risco de infecção hospitalar) com consequente encarecimento do leito-dia e diminuição da disponibilidade de leitos[31].

O prejuízo também ocorre pelo desperdício de material esterilizado e retrabalho, tanto no preparo da sala operatória quanto no processo de esterilização [29].

Perroca [42] define:

> Desperdício pode ser conceituado como todo e qualquer recurso que se gasta na execução de produto ou serviço além do necessário (material de consumo, insumos, esforço humano, energia, tecnologia dentre outros), constitui dispêndio extra, acrescentado aos custos normais do produto ou serviço sem qualquer tipo de melhoria para o cliente. Quando os processos de trabalho se tornam inadequados, o custo dos produtos ou serviços aumenta. Consequentemente, as instituições sofrem perdas financeiras, decorrentes do retrabalho, absorvendo o tempo que seria gasto em outra atividade [...] p.2

Na era da Qualidade Total é inadmissível que centenas de pessoas deixem de ter suas necessidades de saúde assistidas, e ainda que tantos recursos financeiros sejam perdidos ou mal aproveitados[2].

2.3 Cancelamento cirúrgico sob a ótica da equipe de saúde

O cancelamento de cirurgia afeta significativamente as atividades do enfermeiro do CC, que tem seu processo de trabalho direcionado para gerenciar e administrar a unidade, supri-la com materiais e equipamentos com o objetivo de propiciar as melhores condições para o ato cirúrgico. O profissional de enfermagem se sente responsável e preocupado com desperdícios decorrentes das suspensões de cirurgia[44] .

A programação de uma cirurgia envolve um número considerável de pessoas como cirurgiões, anestesiologistas, enfermeiros, auxiliares, entre outros, além de grande quantidade de materiais e equipamentos especializados[1,31]. Se as cirurgias são canceladas, as salas operatórias são subutilizadas, a eficiência é comprometida, a lista de espera cirúrgica aumenta e os custos sobem para a instituição e, quando se tratar de paciente do SUS, para todo o país. Evitar o cancelamento é um passo essencial para reduzir esses custos[31]. A equipe cirúrgica lança um aviso com antecedência contemplando as informações necessárias à preparação da cirurgia programada. Assim, para cada aviso uma estrutura é montada no CC: reserva da Sala Operatória (SO), materiais e equipamentos, reserva de UTI e/ou hemoderivados. “O programa cirúrgico a ser desenvolvido é realizado por um enfermeiro no dia anterior à cirurgia”[24].

Atualmente a suspensão de uma cirurgia é uma ocorrência importante que nem sempre tem recebido a devida atenção por parte da equipe de saúde, que encara este acontecimento como normal, inerente à estrutura organizacional e funcional da instituição[2].

Toda instituição que tem por missão atender ao ser humano na sua essência precisa se preocupar com uma melhora constante na assistência prestada, buscando por meio de ações, rotinas e protocolos, melhorias na qualidade de seus serviços.

Para Duarte [44:]

> [...] o sucesso ou insucesso de uma cirurgia não depende apenas das condições estruturais do centro cirúrgico e das áreas de apoio. Estrutura de qualidade não garante qualidade nos processos, bem como processos de qualidade não são garantia de bom resultado, principalmente nos serviços de saúde. Além de aspectos relativos à estrutura e aos processos, o resultado de uma cirurgia depende de fatores ligados à constituição física e fisiológica do paciente, da patologia e da gravidade do caso, da condução clínica e indicação da cirurgia, da habilidade e perícia dos profissionais (cirurgião, anestesista, enfermeira etc.), da presteza no atendimento etc.[...] p.67

Quando o paciente procura um profissional de saúde com um problema e lhe é indicada uma cirurgia como a solução do mesmo, ele aceita essa opção de tratamento, depositando confiança na equipe de saúde e na instituição, com a certeza do apoio necessário para vencer mais essa etapa da vida[2] .

Porém, o paciente muitas vezes é mal informado sobre o porquê do cancelamento, a equipe de enfermagem sofre um dilema ético junto ao paciente cirúrgico, pois há um desencontro entre as informações verbais e escritas, suspensão de cirurgias sem justificativa plausíveis e/ou sem nenhum registro por escrito que explique a razão da suspensão[18,25,29,42].

2.4. Cancelamento cirúrgico como indicador de qualidade hospitalar

O CC tem características peculiares, sendo considerado uma das unidades mais complexas de todo hospital, devido aos seus diversos equipamentos e da tecnologia que dispõe. Porém, esta unidade, para ter um bom desempenho, depende da qualidade de seus processos, relacionado com os processos dos demais serviços que o apoiam, como resultado de uma combinação entre instalações físicas, tecnologia e equipamentos adequados, que devem ser operados por mão de obra habilitada, treinada e competente[45].

O movimento cirúrgico é considerado uma variável que interfere nos indicadores de qualidade e produtividade das instituições hospitalares. Constitui-se de parâmetros de avaliação de produtividade na sala de operação (SO), isto é, taxa de ocupação, tempo de permanência, recuperação anestésica, intervalo de tempo entre cirurgias, taxa de atraso e de suspensão de cirurgia[45].

O uso de indicadores nos processos de gestão vem cada vez mais se intensificando, entre outros motivos, como consequência da difusão da Tecnologia da Informação. Sua utilização permite o estabelecimento de padrões que facilitam a análise das tendências ao longo do tempo. A gestão se torna mais objetiva, pois monitora com mais eficácia os eventos, fornecendo subsídios para a correção de rumos quando necessário. Sendo assim, um bom gerenciamento de uma unidade de centro cirúrgico, torna-se elemento fundamental para a tomada de decisão[45].

Conforme Duarte[45],:

> Tão importante quanto a preocupação com a construção e com a amplitude dos

> indicadores, a monitoração é também o principal fator para o sucesso da avaliação da qualidade e da produtividade, já que o volume dos procedimentos e o número de cancelamentos são indicadores de qualidade e de produtividade [...] p.65.

Os indicadores podem ser considerados como medidas quantitativas, utilizadas para reavaliar, replanejar e reorganizar as atividades de um serviço, oferecendo subsídios para tomada de decisão na gestão da assistência. ”A utilização efetiva da SO tem sido meta perseguida pelos enfermeiros gestores de centros cirúrgicos”[46], pois é de sua competência implantar, analisar criteriosamente e monitorar todos os indicadores necessários para qualificar a assistência prestada por sua equipe, com o objetivo de prevenir eventos adversos e controlar complicações[47].

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Propor uma intervenção pré-operatória de enfermagem para diminuir o cancelamento de cirurgias para os pacientes do SUS.

3.2. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos da pesquisa são:

- ✓ Identificar a taxa de suspensão das cirurgias;
- ✓ Relacionar os motivos de suspensão relacionados aos pacientes e os não relacionados a estes;
- ✓ Identificar a taxa de suspensões por especialidade médica e quanto à fonte pagadora;
- ✓ Aplicar a consulta de enfermagem pré-operatória com os pacientes SUS com cirurgias agendadas;
- ✓ Realizar a busca ativa via telefone 48 horas antes da cirurgia;
- ✓ Verificar a efetividade desta intervenção.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, observacional, descritiva, retrospectiva, prospectiva e com corte transversal sobre o cancelamento de procedimentos cirúrgicos eletivos para pacientes do SUS, que é um grande desafio para o enfermeiro do CC.

4.1. Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no Centro Cirúrgico e no Ambulatório de Especialidades com atendimento pelo SUS do Hospital Santa Lucinda, hospital geral de médio porte, localizado no interior do Estado de São Paulo, na cidade de Sorocaba, que mantém vínculo acadêmico com a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, ambos mantidos pela Fundação São Paulo. O hospital é caracterizado como Hospital de Ensino, pois proporciona campo de ensino e aprendizagem para os alunos dos cursos de graduação e pós-graduação de Medicina e Enfermagem, bem como de outros cursos como os de Técnico de Enfermagem e Instrumentação Cirúrgica. Possui 138 leitos ativos e atende 70% de pacientes do Sistema Único de Saúde, diversos convênios e particulares.

4.2. Sujeitos da pesquisa

Foi feito um estudo piloto com 39 pacientes com cirurgias eletivas agendadas, dentre as especialidades atendidas no ambulatório do SUS, de agosto a outubro de 2016.

Após as validações do modelo, foi feito um estudo com 159 pacientes do SUS com cirurgias eletivas agendadas no mês de setembro de 2017, que é um mês típico para a quantidade e especialidade das cirurgias.

4.3. Coleta de dados estatísticos de cirurgias

Foram coletados dados de cirurgias (agendadas, realizadas, suspensas), por especialidade médica, por fonte pagadora e por motivo de suspensão, entre janeiro de 2014 e novembro de 2017, após a autorização do hospital (Anexo 1). Não foi possível segregar os dados de cirurgias por especialidades para os pacientes SUS.

4.4 Intervenção de enfermagem

A intervenção consistiu de uma consulta pré-operatória de enfermagem para acolher os pacientes, reforçar as orientações médicas, orientar sobre pontos que nem sempre são abordados pelos cirurgiões, acompanhando este paciente do agendamento até a data da cirurgia.

A consulta de enfermagem baseou-se em dados utilizados diariamente em impressos da SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Pré-Operatória) em uso no hospital. Essa consulta foi feita para os pacientes do ambulatório do SUS com cirurgia já agendada, de todas as especialidades atendidas no ambulatório.

Foram feitas intervenções pré-operatórias de enfermagem em 39 (piloto) e 159 (estudo definitivo) pacientes das seguintes especialidades: gastrocirurgia, ginecologia, ortopedia, otorrino, plástica, torácica, urologia e vascular, nos meses que antecedam o estudo piloto feito entre agosto e outubro de 2016, e o estudo definitivo em setembro de 2017. A cirurgia cardíaca não foi considerada por estar em outro ambulatório, sem acesso ao pesquisador.

O paciente era comunicado pelo setor de agendamento de sua AIH (Autorização de Internação Hospitalar); o mesmo era chamado para comparecer ao ambulatório e junto com o cirurgião definia a data do procedimento cirúrgico. Com o aviso de cirurgia preenchido retornava ao setor de agendamento e então sua cirurgia era cadastrada no mapa cirúrgico, e o paciente era encaminhado para a consulta de enfermagem (Apêndice C).

Explicava-se sobre o objetivo dessa consulta e após a leitura, o consentimento e assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Apêndice B) realizava-se consulta de enfermagem (entrevista) com reforço dos itens como: preparos, jejuns e exames, ressaltando-se o compromisso de fazer uma busca ativa[5,30,48] por meio de uma ligação telefônica dois dias antes da cirurgia para lembrá-lo da data agendada, reforçar as orientações e saber se estava com tudo preparado, inclusive sobre a hora da internação.

O estudo realizou-se em três momentos: a consulta de enfermagem no ambulatório, a busca ativa feita na antevéspera da cirurgia, por meio do contato telefônico e a verificação da efetividade da intervenção, após a data da cirurgia, se foi realizada ou não, e se não, qual a

causa. Entre os três momentos decorreram-se de alguns dias até meses, em função da data do agendamento da cirurgia.

4.5 Aspectos éticos

O projeto da pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCMS da Pontifícia Universidade de São Paulo, Campus Sorocaba/ SP, em 11/04/2016 (Apêndice A), sendo aprovado em 26/04/2016, sob o número do parecer consubstanciado do CEP: 1.514.876 (Anexo 2). Todos os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE- (Apêndice B).

5. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa referem-se à coleta de dados de cirurgias (agendadas, realizadas, suspensas), por especialidade médica, por fonte pagadora e por motivo de suspensão, entre janeiro de 2014 e novembro de 2017, e desses mesmos dados para os 159 pacientes observados.

5.1.Estudo retrospectivo

A tabela a seguir mostra, para os meses entre janeiro de 2014 até novembro de 2017, o total de cirurgias agendadas, realizadas e suspensas:

Tabela 1 - Total de cirurgias agendadas, realizadas e suspensas entre 2014 e 2017 no HSL, Sorocaba, SP.

ANO	CIRURGIAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	%
2014	Realizadas	579	531	523	522	512	562	623	625	612	623	581	558	6851	89,9
	Suspensas	48	43	53	70	53	53	75	68	73	69	90	72	767	10,1
	Agendadas	627	574	576	592	565	615	698	693	685	692	671	630	7618	100%
2015	Realizadas	582	530	550	511	523	566	709	629	537	564	519	406	6626	88,4
	Suspensas	92	56	70	69	66	66	79	86	78	72	65	74	873	11,6
	Agendadas	674	586	620	580	589	632	788	715	615	636	584	480	7499	100%
2016	Realizadas	483	444	559	464	488	526	553	602	494	468	421	332	5834	88,6%
	Suspensas	113	64	78	46	52	71	76	64	57	64	42	25	752	11,4%
	Agendadas	596	508	637	510	540	597	629	666	551	532	463	357	6586	100%
2017	Realizadas	418	336	405	369	438	467	518	451	462	448	443	0	4755	92,0%
	Suspensas	28	20	25	31	39	33	50	41	57	51	39	0	414	8,0%
	Agendadas	446	356	430	400	477	500	568	492	519	499	482	0	5169	100%
Total	Realizadas	2062	1841	2037	1866	1961	2121	2403	2307	2105	2103	1964	1296	24066	89,6%
	Suspensas	281	183	226	216	210	223	280	259	265	256	236	171	2806	10,4%
	Agendadas	2343	2024	2263	2082	2171	2344	2683	2566	2370	2359	2200	1467	26872	100%

Fonte: A autora, a partir de dados ao Sistema de Gestão Hospitalar do HSL, Sorocaba-SP

Observa-se uma diminuição do percentual de cancelamentos em 2017, para 8,0%, apesar de não se ter os dados do mês de dezembro (simulando-se o mês de dezembro de 2017 com a média dos meses de dezembro de 2014, 2015 e 2016, o percentual de cancelamentos de 2017 não se altera). Essa diminuição em 2017 deve-se, principalmente à implantação da Preceptoria, atuando tanto no ambulatório de especialidades como também no centro cirúrgico, fazendo com que o médico que atende no ambulatório é o mesmo que será

responsável pela cirurgia. Ressalte-se, também, o aumento de cirurgias de fontes não SUS e estabilidade nas cirurgias SUS. Como o percentual de suspensão do SUS é maior que as outras fontes, o percentual total diminui.

Em todos os meses, os cancelamentos são proporcionais à quantidade de cirurgias realizadas, em média de 10,4% nos 4 anos considerados.

Também foram analisados os dados de cancelamentos por fonte pagadora (SUS, Convênio ou Particular) e os dados são mostrados na tabela a seguir:

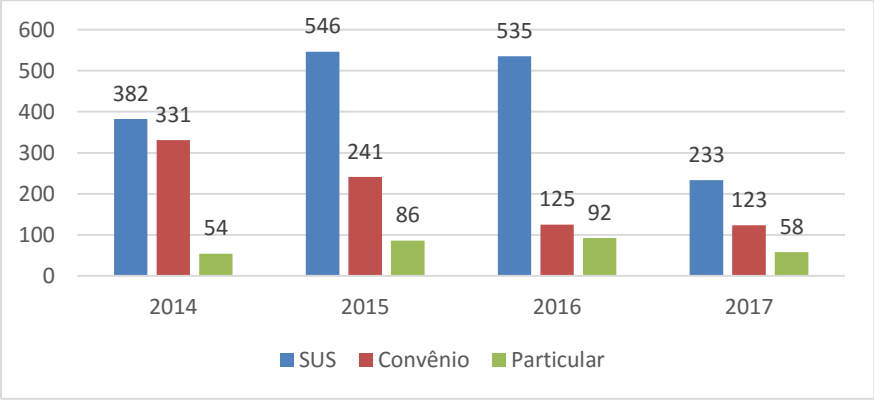
Tabela 2 - Total de cirurgias agendadas, realizadas e suspensas entre janeiro de 2014 e novembro de 2017 no HSL, Sorocaba, SP

Fonte pagadora	Agendadas	Realizadas	% por Fonte	Suspensas	% suspensão
SUS	12147	10451	43,4%	1696	14,0%
Convênio	9357	8537	35,5%	820	8,8%
Particular	5368	5078	21,1%	290	5,4%
TOTAL	26872	24066	100,0%	2806	10,4%

Fonte: A autora, a partir de dados ao Sistema de Gestão Hospitalar do HSL, Sorocaba-SP

Observa-se que o a quantidade de cirurgias realizadas pelo SUS é o maior percentual isolado (43,4%), e as fontes não SUS representam 56,6% das cirurgias realizadas. O percentual de suspensão de cirurgias SUS, de 14,0% é, no entanto, maior que o das outras fontes (8,8% para Convênio e 5,4% para Particular). A figura a seguir mostra a evolução da suspensão de cirurgias por fonte pagadora, no período de 2014 a 2017.

Figura 1 - Número das cirurgias suspensas de acordo com as fontes pagadora no período de 2014 a 2017



Fonte: A autora (dados recolhidos no CC do HSL, Sorocaba-SP)

Ao final de cada mês entre janeiro de 2014 e novembro de 2017 foram analisados o total dos procedimentos suspensos e quais eram as especialidades que mais cancelavam seus procedimentos. Os resultados estão na tabela a seguir:

Tabela 3 - Total de cirurgias agendadas, realizadas e suspensas por especialidades, entre janeiro de 2014 e novembro de 2017, no HSL, Sorocaba, SP.

Especialidades	Agendadas	Realizadas	% em relação ao total	Suspensas	% de suspensão
Anestesia	18	18	0,1%	0	0,0%
Buco Maxilo	19	19	0,1%	0	0,0%
Cabeça e pescoço	647	614	2,6%	33	5,1%
Cardíaca	1077	1006	4,2%	71	6,6%
Dermatologia	103	83	0,3%	20	19,4%
Fisiatria	5	5	0,0%	0	0,0%
Gastro	4547	4060	16,9%	487	10,7%
Ginecologia	1902	1776	7,4%	126	6,6%
Mastologia	253	240	1,0%	13	5,1%
Neurologia	15	15	0,1%	0	0,0%
Obstetrícia	332	266	1,1%	66	19,9%
Oftalmologia	12	12	0,0%	0	0,0%
Oncologia	51	47	0,2%	4	7,8%
Ortopedia	6283	5577	23,2%	706	11,2%
Otorrino	3387	3089	12,8%	298	8,8%
Pediatria	46	40	0,2%	6	13,0%
Plástica	5033	4611	19,2%	422	8,4%
Torácica	251	227	0,9%	24	9,6%
TX Renal	30	30	0,1%	0	0,0%
Urologia	1929	1556	6,5%	373	19,3%
Vascular	932	775	3,2%	157	16,8%
Total	26872	24066	100,0%	2806	10,4%

Fonte: A autora, a partir de dados ao Sistema de Gestão Hospitalar do HSL, Sorocaba-SP

Pode-se observar que algumas especialidades têm uma taxa de suspensão superior à média (10,4%), como por exemplo a obstetrícia (19,9%), mas possuem uma participação no total de cirurgias (1,1%) menor que a média de cirurgias por especialidade (4,8%). Assim, para visualizar melhor o impacto de cada especialidade, calculou-se um fator de impacto de

cada suspensão, multiplicando-se o volume de cirurgias realizadas de cada especialidade em relação ao total e a respectiva taxa de suspensão,

Tabela 4 – Total de cirurgias agendadas, realizadas e suspensas por especialidades, entre janeiro de 2014 e novembro de 2017, no HSL, Sorocaba, SP, em ordem decrescente de impacto.

Especialidades	Agendadas	Realizadas	% em relação ao total	Suspensas	% de suspensão	Impacto
Ortopedia	6283	5577	23,2%	706	11,2%	145
Plástica	5033	4611	19,2%	422	8,4%	74
Gastro	4547	4060	16,9%	487	10,7%	73
Otorrino	3387	3089	12,8%	298	8,8%	35
Urologia	1929	1556	6,5%	373	19,3%	19
Ginecologia	1902	1776	7,4%	126	6,6%	9
Vascular	932	775	3,2%	157	16,8%	4
Cardíaca	1077	1006	4,2%	71	6,6%	3
Cabeça e pescoço	647	614	2,6%	33	5,1%	1
Obstetrícia	332	266	1,1%	66	19,9%	1
Torácica	251	227	0,9%	24	9,6%	0
Mastologia	253	240	1,0%	13	5,1%	0
Dermatologia	103	83	0,3%	20	19,4%	0
Pediatria	46	40	0,2%	6	13,0%	0
Oncologia	51	47	0,2%	4	7,8%	0
TX Renal	30	30	0,1%	0	0,0%	0
Buco Maxilo	19	19	0,1%	0	0,0%	0
Anestesia	18	18	0,1%	0	0,0%	0
Neurologia	15	15	0,1%	0	0,0%	0
Oftalmologia	12	12	0,0%	0	0,0%	0
Fisiatria	5	5	0,0%	0	0,0%	0
Total	26872	24066	100,0%	2806	10,4%	

Fonte: A autora, a partir de dados ao Sistema de Gestão Hospitalar do HSL, Sorocaba-SP

No caso da urologia, cuja porcentagem (19,3%, com 373 cancelamentos) foi superior à média (10,4%), o fato foi levado para discussão com o chefe da disciplina para avaliação junto ao preceptor e os residentes que atendiam no ambulatório.

As cirurgias obstétricas (partos cesáreos) foram canceladas por motivos específicos como: mudança do procedimento do CC para o CO (Centro Obstétrico) ou então o bebê já ter nascido. Em 2015 houve um percentual de 52,4% de cancelamentos nos partos, devido sua

transferência para o CO por falta da incubadora de transporte que foi para conserto, não sendo mais agendados os partos para o CC.

Embora os cancelamentos da ortopedia e da gastrocirurgia sejam altos, ocorreram sempre devido às condições clínicas dos pacientes e ao número agendado superior ao tempo da equipe ou ainda, especialidade não compatível com o procedimento agendado (os pacientes eram avaliados pelo ortopedista de plantão que lançava o aviso de cirurgia, porém o cirurgião do dia seguinte não estava apto para aquele tipo de cirurgia e cancelava o procedimento passando para outro colega, especialista naquele tipo de cirurgia.

No mesmo período do estudo retrospectivo, foram coletados os dados de suspensões por causa, de 2014 e 2015, mostrados na Tabela 5, e na Tabela 6, de 2016 e 2017, com as causas reclassificadas, devido à mudança interna de critério:

Tabela 5 - Causas das suspensões de cirurgias em 2014 e 2015

CAUSAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Total	%
Agendamento	0	0	1	0	1	0	5	3	1	2	2	0	15	0,9%
Atraso da equipe	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0,2%
CO / Hemodinâmica	5	2	5	0	1	0	2	0	2	4	7	5	33	2,0%
Condições Clínicas	18	14	30	28	24	37	35	32	34	33	36	30	351	21,4%
Convênio	6	4	8	4	2	2	8	5	0	0	1	1	41	2,5%
Desistiu	8	6	7	8	8	4	11	6	13	4	7	10	92	5,6%
Equipe Médica	46	27	34	39	44	41	44	43	44	45	42	43	492	30,0%
Falta de exames	2	4	2	3	2	0	2	5	1	4	4	0	29	1,8%
Falta de Jejum	1	3	4	2	5	1	1	2	3	0	4	3	29	1,8%
Falta de sangue	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	4	0,2%
Falta de vaga de UTI	4	5	1	15	7	8	7	24	5	6	17	4	103	6,3%
Falta de Vaga	13	8	4	4	0	5	2	2	5	2	0	24	69	4,2%
Horário SUS	1	1	1	2	1	1	1	2	0	6	0	0	16	1,0%
Já nasceu	1	0	2	3	1	2	2	0	0	2	1	0	14	0,9%
Já operou	3	0	1	0	2	1	2	0	1	1	1	0	12	0,7%
Material / Roupas	4	1	1	2	2	1	1	6	4	1	3	1	27	1,6%
Não internou	28	24	22	27	19	15	28	24	38	31	29	25	310	18,9%
TOTAL	140	99	123	139	119	119	154	154	151	141	155	146	1640	100,0%

Fonte: A autora (dados recolhidos no CC do HSL, Sorocaba-SP)

Quando a causa é a equipe médica estão relacionadas a mudança de conduta, falta de auxiliar, de anestesista, de cirurgião, tempo cirúrgico excedido. Em 2014 e 2015, a causa mais frequente de suspensão foi a equipe médica com 492 procedimentos (30,0%), seguida pelas

condições clínicas com 351 (21,4%), não internação com 310 casos (18,9%) e, em um patamar mais baixo, a falta de vagas (UTI e Internação) com 172 casos (10,5%) e a desistência dos pacientes com 92 casos (5,6%). A falta de vagas de UTI prejudica muito esses pacientes, que já estão esperando há muito tempo.

Tabela 6 - Causas das suspensões de cirurgias em 2016 e 2017

Causas	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOT.	%
Condições clínicas	24	12	16	24	27	30	35	34	21	18	17	7	265	22,7%
Conduta médica	27	21	32	17	14	26	26	20	26	22	16	14	261	22,4%
Falha do agendamento	4	1	7	1	4	2	2	0	0	0	2	0	23	2,0%
Falta de anestesia	0	4	3	2	3	1	0	1	0	0	1	0	15	1,3%
Falta de avaliação clínica	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,2%
Falta de cirurgião	0	2	0	2	1	1	0	5	0	1	1	0	13	1,1%
Falta de equipamento de enfermagem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Falta de equipamento	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	3	0,3%
Falta de exames	3	2	4	1	2	4	4	13	1	5	4	0	43	3,7%
Falta de hemoderivados	1	0	0	2	1	2	0	0	1	0	1	0	8	0,7%
Falta de jejum	3	2	3	1	0	4	0	2	4	1	2	0	22	1,9%
Falta de material (empresa)	0	0	1	0	1	1	0	0	1	2	0	0	6	0,5%
Falta de material (CME)	1	0	0	1	1	2	2	0	0	2	0	0	9	0,8%
Falta de vaga de UTI	2	1	1	1	7	1	10	3	14	9	7	0	56	4,8%
Não internou	13	11	15	6	15	17	26	19	23	14	14	2	175	15,0%
Paciente foi a óbito	0	1	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	5	0,4%
Preparo pré-operatório	3	0	1	1	2	0	0	0	1	3	0	0	11	0,9%
Recuou/Desistiu	11	5	5	7	9	12	6	7	12	5	12	2	93	8,0%
Tempo cirúrgico excedido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Vaga de internação	45	22	17	11	1	3	14	0	6	33	4	0	156	13,4%
Total	139	84	105	77	91	106	125	105	113	115	81	25	1166	100,0%

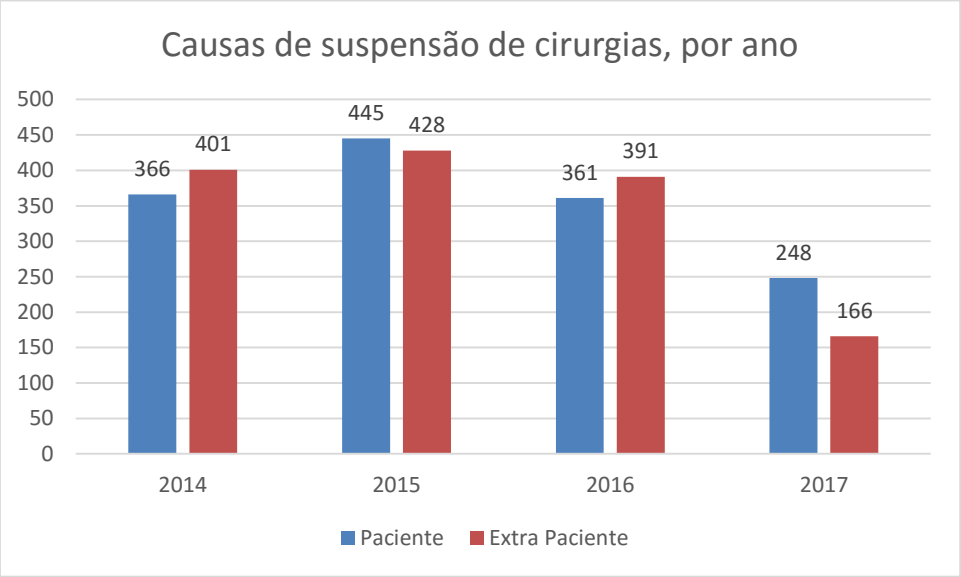
Fonte: A autora (dados recolhidos no CC do HSL, Sorocaba-SP)

Em 2016 e 2017, com a nova classificação, as causas mais frequentes de suspensão foram as condições clínicas, com 265 (22,7%), conduta médica, com 261 procedimentos (22,4%), seguidas pela falta de vagas (UTI e Internação) com 212 casos (18,2%) e não internação com 175 casos (15,0%). Em um patamar mais baixo encontra-se a desistência do paciente com 93 casos (8,0%).

Durante o estudo retrospectivo considerou-se como causas relacionadas aos pacientes as condições clínicas, a não internação, a desistência do paciente e a falta de jejum e exames. As demais causas foram agrupadas como não relacionadas aos pacientes, tais como: equipe/conduta médica, falta de vagas de UTI /CC, falta de autorização dos convênios, erro de

agendamento, falta de materiais e/ou roupas, se o cliente já tinha operado ou o bebê já tinha nascido, o procedimento foi transferido para o CO ou Hemodinâmica, falta de hemoderivados, atraso do cirurgião ou ultrapassou horário, como mostrado na Figura 1.

Figura 2 - Causas de suspensão relacionadas aos pacientes ou extra pacientes entre 2014 e 2017



Fonte: A autora (dados recolhidos no CC do HSL, Sorocaba-SP)

Percebe-se que as causas relacionadas aos pacientes são significativas, razão da relevância de intervenções nessas causas (consultas pré-operatórias de enfermagem, busca ativa etc.).

A equipe médica é um fator importante, pois são os responsáveis pelo ato cirúrgico e muitas vezes mudam a conduta dentro do CC (o paciente apresenta melhora clínica, o cirurgião não é especialista naquele tipo de cirurgia, o paciente chega e o agendamento é feito o mais rápido possível, porém cada dia é um médico de plantão e cada um tem sua especialidade), ou pode haver agendamento de outros procedimentos em outras instituições e o atraso de um procedimento compromete sua agenda. O motivo exato de cancelamento muitas vezes não é evidenciado. Segundo Botazzini[24] , apud Nascimento et al.,

> O motivo mais evidenciado para o cancelamento de cirurgias foi “A critério do cirurgião” um motivo semelhante aparece como sendo o mais frequente, chamado “A pedido da clínica”, e os autores afirmam que este motivo na verdade esconde a real motivação da suspensão. p.217

Dentre estas causas, o fator “Horário SUS”, ou seja, a equipe anestésica tem um horário fixado em contrato com a instituição, que é das 07h00 às 19h00, e “no adiantado da hora não podíamos colocar uma cirurgia de médio a grande porte iniciando após às 17h00, daí muitas vezes ser suspensa a cirurgia e apontávamos com ultrapassou horário”, assim como relatado caso em outros estudos, como adiantado da hora.[40,49].

Os pacientes que possuem convênio médico e/ou particulares, quando estão com um problema de saúde, procuram um médico, para avaliação, tratamento ou encaminhamento para um especialista. O cirurgião, ao examiná-lo e averiguando que o caso é cirúrgico, solicita os exames, feitos em geral rapidamente e, dependendo dos resultados, elabora a guia de solicitação/autorização da cirurgia e encaminhamento para a consulta pré-anestésica. Este paciente espera a liberação do convênio se for o caso ou apenas o dia da cirurgia, com os exames prontos, avaliado pelo anestesista que fará as orientações pré-operatórias.

Ele vai para a cirurgia bem preparado, com todos os requisitos preenchidos, e o procedimento só será suspenso caso ele esteja em condições clinicas inadequadas e/ou eventualmente por falta de UTI, ou ainda por problemas relacionados ao cirurgião. Este paciente, caso não esteja bem de saúde, liga para o seu médico e nem faz a internação.

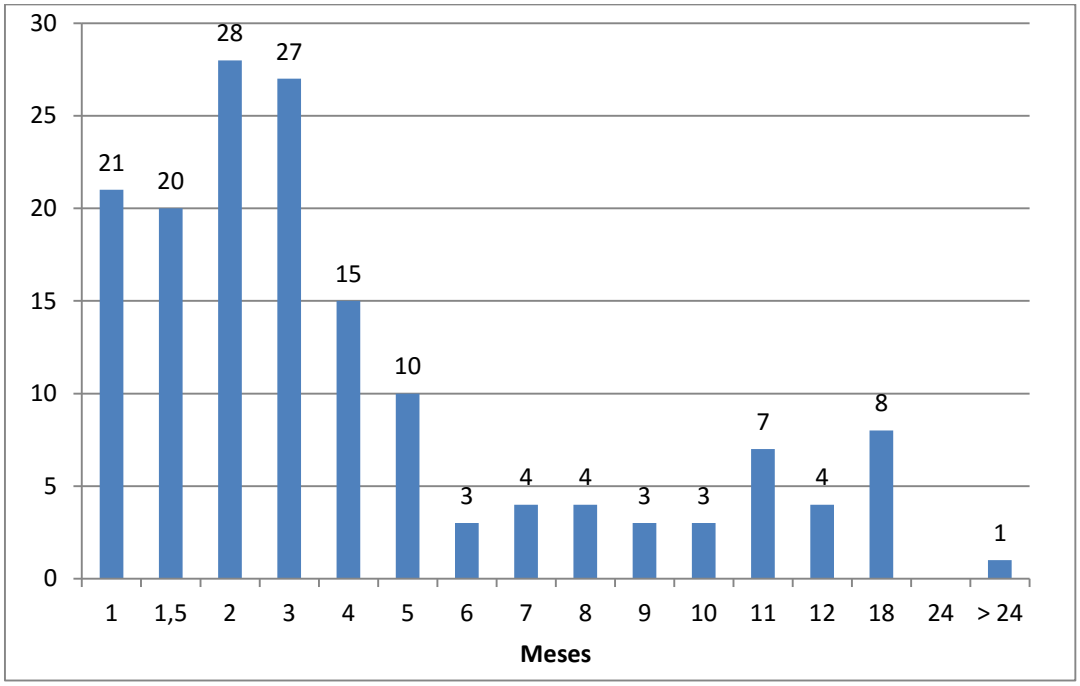
O usuário do SUS na cidade de Sorocaba tem uma dinâmica diferente no seu agendamento cirúrgico. Atualmente, o paciente é atendido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de onde é encaminhado para um ambulatório de especialidade (Policlínica Municipal), para passar com um especialista.

Quando seu diagnóstico é cirúrgico, ele é encaminhado para o ambulatório do HSL e, dependendo da especialidade, o tempo de espera por uma cirurgia é variável. Depois da primeira consulta o cirurgião preenche uma AIH (Autorização de Internação Hospitalar) que volta para a Prefeitura para autorização. E os pacientes permanecem na fila de espera, dependendo da especialidade procurada, por um longo período, segundo os próprios pacientes e os funcionários do ambulatório, sem especificar quanto tempo de espera.

5.2.Pacientes observados

Nos pacientes observados o tempo de espera desde AIH até a realização da cirurgia foi, de acordo com a Figura 2:

Figura 3 - Tempo de espera entre a autorização da AIH e a realização da cirurgia



Fonte: A autora (dados recolhidos no CC do HSL, Sorocaba-SP)

A maioria das cirurgias ocorreram num prazo de até meses de espera entre a AIH e a realização da mesma, num total de 121 pacientes (76,6%); do sexto ao décimo mês foram 17 pacientes (10,8%); com 11 meses de espera foram sete pacientes (4,4%), das seguintes especialidades: gastrocirurgia, urologia e otorrino; com doze meses de espera foram quatro pacientes (2,5%) da vascular e da otorrino; com 18 meses foram oito pacientes (5,1%), da ortopedia (PTQ), otorrino (septoplastia) e gastro (colecistectomia); acima de dois anos houve apenas um paciente (0,6%), de cirurgia plástica (rosto).

Os pacientes com datas de autorização anterior à data de aprovação da pesquisa no CEP, foram contatados para assinar o TCLE e fazer a consulta de enfermagem.

Para tentar diminuir a fila de espera de cirurgias, a equipe da otorrino promoveu no final do mês de setembro um mutirão de cirurgias de adenoidectomia e amigdalectomia, com a realização de 20 procedimentos em dois dias, sendo 19 crianças e apenas um adulto.

Toda esta rotina diária vivida com pacientes sem convênio médico desgasta muito o enfermeiro, que não aceita certas medidas administrativas para esse paciente, cujo acesso já é restrito já que suas dificuldades financeiras também os impedem de ter um convenio médico.

A consulta de enfermagem (Apêndice C) contém a identificação do paciente, telefones de contato, data e especialidade da cirurgia proposta, peso, estatura, se Testemunha de Jeová, alergias, orientações etc.

Dois dias antes da data da cirurgia houve a tentativa de contato com o paciente ou um familiar, a chamada "busca ativa", de modo a reforçar o preparo para a cirurgia, jejum, exames etc. Após a data da cirurgia, verificou-se a realização ou não da mesma, e, se não realizada, a causa. Os resultados de suspensões e da busca ativa estão descritos nas tabelas a seguir:

Tabela 7 - Total de cirurgias agendadas, realizadas e suspensas por especialidades, no período da pesquisa, no HSL, Sorocaba, SP, em ordem decrescente de impacto

Especialidade	Agendadas	Realizadas	% do total	Suspensas	% de suspensão	Impacto
Otorrino	41	36	27,3%	5	12,2%	1,2
Urologia	29	19	14,4%	10	34,5%	0,9
Gastro	22	18	13,6%	4	18,2%	0,5
Ortopedia	31	29	22,0%	2	6,5%	0,4
Ginecologia	15	11	8,3%	4	26,7%	0,2
Vascular	10	9	6,8%	1	10,0%	0,1
Torácica	3	2	1,5%	1	33,3%	0,0
Plástica	8	8	6,1%		0,0%	0,0
Total	159	132	100,0%	27	17,0%	

Fonte: A autora (dados recolhidos no CC do HSL, Sorocaba-SP)

A ordem de importância das cirurgias teve algumas alterações quando consideradas somente os pacientes do SUS do período da pesquisa. A especialidade Otorrino aparece em primeiro, com 27,3% das cirurgias realizadas, enquanto no histórico geral aparece com 12,8%. Quanto às suspensões, a Urologia se mantém como a de maior percentual (34,5% na pesquisa e 19,3% no histórico).

A média de suspensões de cirurgias da pesquisa foi de 17,0%, acima da média histórica geral (10,4%) e da média histórica do SUS (14,0%).

Os resultados da busca ativa feita 48 horas antes da cirurgia estão descritos na tabela a seguir:

Tabela 8 - Relação da busca ativa (contato telefônico) com as cirurgias realizadas ou suspensas, no período da pesquisa.

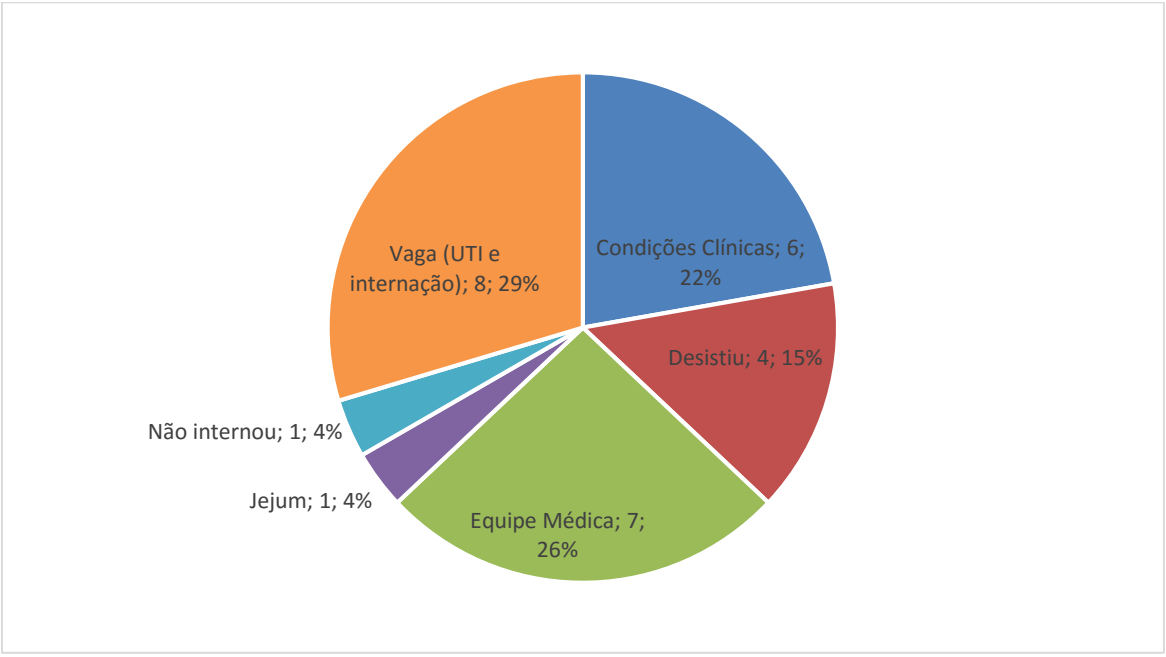
Contato	Total Geral	% de contato	Realizadas	Suspensas	% suspensão
Familiar	50	31,4%	43	7	14,0%
Paciente	68	42,8%	57	11	16,2%
Sem contato	41	25,8%	32	9	22,0%
Total Geral	159	100,0%	132	27	17,0%

Fonte: A autora (dados recolhidos no CC do HSL, Sorocaba-SP)

As taxas de suspensão quando houve o contato com um familiar (14,0%) ou com o próprio paciente (16,2%) é inferior à taxa quando não houve o contato (22,0%). A taxa combinada de contato com familiar ou paciente é de 15,3%, acima da taxa histórica de cancelamentos do SUS, de 14,0%

As causas de suspensões no período da pesquisa (% e quantidade) são mostradas na figura a seguir:

Figura 4 - Causas de suspensões durante a pesquisa (% e quantidade)



Fonte: A autora (Dados recolhidos no CC do HSL, Sorocaba-SP)

Quanto às causas, 12 suspensões (44,4%) foram devidas ao paciente (Condições clínicas, não internou, desistiu, jejum) e 15 (55,6%) não foram devidas ao paciente (Equipe médica e vaga (UTI ou Internação).

6. DISCUSSÃO

O cancelamento cirúrgico ainda é um grande desafio aos profissionais e às instituições de saúde nacionais e internacionais. Embora existam diferenças entre as principais causas dos cancelamentos entre as instituições, observamos que os problemas são comuns a todas e que usuários têm grande prejuízo emocional, financeiro e em sua saúde ou de outro que aguarda sua cirurgia [14].

Segundo González-Arévalo não existe um acordo de uma taxa de cancelamento considerada aceitável, já que elas são muito variáveis e por vezes subnotificadas e/ou omitidas. “Na verdade, isso depende do tipo de instituição, do tipo de cirurgia ou procedimento, da população atendida e do sistema de saúde” [22].

Os dados encontrados sobre o cancelamentos de cirurgia oscilam entre 3,6% num hospital da Jordania[16]; 4,4% na cidade de Beirute no Líbano[50]; 5,19% num hospital geral do Reino Unido [9]; 5,1% em Londrina-PR/Brasil [34]; 6,8% em Moradabad na Índia[51]; 8,7% em cirurgias urológicas no Canadá [3]; 30,3% em Nova Deli na Índia [21]. No Brasil, foi evidenciado em um estudo no interior da Bahia o resultado de 69,03% de cancelamento cirúrgico [52].

Em nosso estudo retrospectivo, a taxa geral (SUS e não-SUS) de cancelamento entre janeiro de 2014 e novembro de 2017 foi de 10,4%, consideradas aceitáveis em nossa instituição pela própria direção. No caso do SUS, a taxa de cancelamentos foi de 14,0%. Em nosso estudo a taxa de cancelamento foi de 17,0%, e foram pesquisados somente pacientes do SUS.

Para o gestor do CC, qualquer cancelamento causa uma inquietação e uma interrogação: o que poderíamos ter feito para evitar tal desfecho? Nossa proposta de intervenção visou diminuir o cancelamento de cirurgias, porém existem causas que independem da equipe de enfermagem, tais como: falta de vagas de internação e/ou de UTI, equipe médica, falta de autorização, dentre outras. As causas relacionadas aos pacientes é que precisam ser o foco da enfermagem e em cima desses dados intensificar a intervenção.

Se não se consegue evitar a suspensão, pode-se evitar a vinda para o CC por meio de uma visita pré-operatória, seja ela médica ou de enfermagem, já que o *stress* da suspensão dentro da unidade do CC gera um desconforto muito maior para o paciente e sua família; tais

visitas já estão descritas em estudos nacionais [28,29,32,47,53,54] e internacionais[9,17,22,26,36] com resultados positivos, por ser considerado um apoio fundamental na avaliação do paciente, com isto seriam diminuídas as suspensões por jejum insuficiente, falta de exames, condições clínicas inadequadas. Tais medidas evitariam o preparo e a transferência dele para o CC, reduzindo o desperdício de horas de enfermagem, de materiais e roupas esterilizadas, além de otimizar o tempo da SO.

Segundo a literatura os fatores relacionados aos pacientes, sempre prevaleceram como as maiores causas de cancelamentos[1,11,25,32,55]. No estudo os fatores relacionados aos pacientes foram: falta de condições clínicas, desistência, jejum e não internação, e foram cerca de 11% menores que os não relacionados ao paciente.

Após o início da pesquisa reagrupamos as causas de suspensões de acordo com a literatura[34]:

- Pacientes: condições clínicas, não comparecimento, recusa ou desistência, falta de jejum, óbito;
- CC/Hospital: falta de vaga de UTI, falta de vaga de internação, falta de hemoderivados, falta de exames / documentos, falha no agendamento;
- Áreas de Recursos Humanos: mudança de conduta, cancelamento pelo cirurgião, falta de cirurgião, falta de anestesista, falta da equipe de enfermagem, falta de preparo pré-operatório, falta de avaliação clínica;
- Área de materiais/equipamentos: falta de materiais de empresa, falta de material da CME, falta de equipamentos.

Para os pacientes com cirurgias agendadas muito posteriormente à data da consulta médica, a dificuldade em realizar os exames, por falta de tempo, ou tempo demais e os exames são considerados “vencidos” pelo anestesista, não há como não considerar que fatores socioeconômicos e culturais, grau de escolaridade etc. influenciam na taxa de cancelamentos de cirurgias. Existe um alto índice de cancelamento e uma grande quantidade de cirurgias realizadas pelo SUS. Estudos além do nosso, revelam dados parecidos, tais como: 82,4%, 82,7%, 73,1% e 61,7% dos cancelamentos foram atribuídos aos usuários do sistema[1,11,24,34].

Ribeiro[35] ressalta que: ”A subnotificação e a omissão da suspensão cirúrgica são práticas comuns nas instituições de saúde”. Ávila[14] afirma: “são escassas as publicações sobre

cancelamento de cirurgias em instituições brasileiras, pertencentes à rede privada". Já Paschoal refere que:

> Aparentemente a situação é comum em hospitais públicos ou vinculados à rede pública. Raramente é apontado como um problema significativo nas instituições particulares, talvez pela proximidade entre paciente, médico responsável e instituição hospitalar ou, ainda, pelo intenso e rigoroso controle administrativo sobre os gastos realizados, sem justificativas. p.52

.

A comunicação sobre o cancelamento das cirurgias é bastante ineficaz para o paciente[14,15,18,29,32,56]. Afinal de quem é a responsabilidade da comunicação: médico responsável, anestesista, ou o enfermeiro? O médico é o responsável legal pelo paciente/cirurgia, o anestesista muitas vezes é quem detecta que suas condições clínicas estão inadequadas e o enfermeiro é o gestor da unidade e as responsabilidades precisam ser compartilhadas, sem nunca prejudicar o paciente, que neste momento está fragilizado[18].

As explicações médicas são curtas e objetivas, mas nem sempre satisfazem o paciente, e este dificilmente questiona o cirurgião, e o enfermeiro neste momento é a ponte entre ambos, com um acolhimento mais humanizado, direcionando o problema para uma solução, acolhendo-o juntamente com sua família, de tal forma que não se rompa a confiança entre ambos e com a instituição também[25,29].

Por um lado o paciente também não comunica o hospital de sua desistência, não comparecimento ou suas condições clínicas inadequadas e se o faz, as informações não chegam na unidade cirúrgica a tempo de evitar o desperdício de materiais ou as horas de enfermagem ou mesmo para substitui-lo, otimizando o uso da SO[1].

No momento da confirmação da data da cirurgia por telefone, 48 horas antes do procedimento, o paciente é lembrado da cirurgia, da necessidade do jejum, de trazer os exames, do horário de internação, e do uso dos medicamentos.

Um vínculo é criado com estes pacientes a ponto de um deles reclamar de não ter sido contatado antes, pois "estava esperando desde cedo". Assim como a alegria de ser recebido no CC pelo enfermeiro que fez o contato, uma demonstração de confiança e gratidão. Mesmo aqueles que diziam não ter dúvida nenhuma, sempre perguntavam algo ou mesmo ficavam agradecidos pelo fato de ligar para eles, tirando-lhes as dúvidas. Observou-se também que

mesmo com a ligação uma mãe não trouxe os exames do filho menor e teve sua cirurgia suspensa. Este episódio reflete que nem sempre a busca ativa é a solução.

Houve momentos de fragilidade, quando houve duas suspensões por falta de vaga hospitalar, ocorridas minutos após o contato telefônico e as pacientes retornaram a ligação questionando o porquê. Este é o problema da busca ativa não estar integrada ao sistema de agendamento.

Existem várias formas de minimizar esta sequência de fatos, que dificultam ainda mais os pacientes atendidos pelo SUS, uma delas seria um acolhimento feito por um enfermeiro antes da internação ser concluída, que avaliaria as condições clínicas, exames, tempo de jejum, uso de anticoagulante, e outras coisas pertinentes ao ato cirúrgico; outro seria uma visita pré-anestésica no quarto, antes deste paciente ser transferido para o CC, o que evitaria do mesmo ficar em cima de uma maca por horas, vestido com uma camisola por vezes transparente, sem suas roupas íntimas, sua prótese dentária, enfim despojado de diversos pertences. O paciente fica com a boca encoberta evitando conversar por vergonha. Muitos evitam que suas famílias os vejam assim.

Não houve redução efetiva de cancelamentos após a intervenção, porém um fator positivo deste estudo é que houve um melhor entendimento do processo e que podemos, sim, trabalhar de forma harmoniosa: as equipes médicas e de enfermagem junto com o agendamento cirúrgico, recepção, unidades de internação e o CC para reduzir os cancelamentos de cirurgia.

Como uma importante peça no organograma da instituição, o enfermeiro pode contribuir de forma satisfatória para que as cirurgias programadas não sejam suspensas e sim realizadas na data marcada e com todas condições de segurança necessárias, por meio de uma assistência de enfermagem planejada e articulada juntamente com a equipe multiprofissional e com a elaboração de um plano administrativo eficiente, que deve ser um dos objetivos da assistência de enfermagem juntamente com a equipe administrativa do hospital, tais como: planejamento dos leitos de acordo com o mapa cirúrgico, não agendar mais cirurgias que os leitos disponíveis, trabalhar com a equipe médica a alta em tempo hábil, ajuste no agendamento para evitar horários ociosos com a inclusão de outro paciente, enfim são vários os pontos que podemos aprimorar sempre e monitorar sempre através dos indicadores de qualidade.

A equipe de enfermagem é que passa o tempo todo junto com o paciente, isto para eles faz parte do cotidiano, mas para o paciente e seus familiares é uma experiência única, pois cria laços de confiança e credibilidade, daí a necessidades de uma comunicação eficiente.

Pode-se intensificar a busca ativa, que pode ser explorada com grandes benefícios tanto para o paciente como para a instituição. Não é tão onerosa e pode trazer inúmeros benefícios, tais como: otimização das vagas e das salas operatórias, melhoria das informações para os pacientes, com um custo benefício favorável para ambos os lados.

7. CONCLUSÃO

A suspensão de cirurgia adia o atendimento de recuperação do cliente, e tem as mais diversas repercussões. O cancelamento representa para ao cliente e para a instituição vários inconvenientes, tais como: aumentos dos custos operacionais, do tempo de internação e aumento do risco de infecção hospitalar. Embora existam diferenças entre as causas entre uma instituição e outra, os problemas são comuns a todas.

No presente estudo as causas relacionadas aos pacientes são causas potencialmente evitáveis, e que poderiam ter suas taxas reduzidas com a implantação de algumas medidas simples, tais como: busca ativa na ante véspera da cirurgia, visita pré-operatória do enfermeiro ou do anestesista, que pode verificar as reais condições clínicas deste paciente antes mesmo dele ser encaminhado para o CC. Porém, para que isto se efetue é necessário uma parceria entre a equipe do CC e a diretoria do hospital.

Temos condições de melhorar as taxas de cancelamentos com medidas simples, mas é necessário que haja uma mudança de cultura dentro da própria instituição, pois hoje essas ações são feitas por apenas um grupo pequeno de profissionais. Acreditamos que se fosse implantada uma assistência pré-operatória multiprofissional sistematizada pela instituição, formada por médicos anestesistas e enfermeiros da unidade do centro cirúrgico, o cancelamento das cirurgias seria reduzido devido à falta ou validade vencida de exames pré-operatórios, e estes pacientes não seriam preparados para ir ao CC, as condições clínicas inadequadas já seriam detectadas, e o paciente já seria direcionado para outro tratamento ou alta.

Vemos que o processo da comunicação deve ser validado desde o agendamento da cirurgia com explicações satisfatórias para os pacientes, pois existe uma falha muito grande na questão de orientação do jejum. Os pacientes são orientados sobre o tempo de jejum e não o que é o jejum, muitos pensam que o mesmo é só para alimentos sólidos e que água não faz parte do processo, outros deixam de tomar seus remédios habituais por causa da água e a falta dos mesmos podem levar ao cancelamento da cirurgia no caso da hipertensão arterial.

A comunicação é uma ferramenta essencial dentro do centro cirúrgico e também é um problema entre as unidades de internação. Os enfermeiros desta unidade precisam estar atentos aos pacientes cirúrgicos em pré-operatório tais como verificar: reserva de sangue,

UTI, cuidados com a pele, medicação pré-anestésica, ou mesmo se este paciente trouxe exames, se está em condições clínicas favoráveis e entrar em contato com o CC ou o médico assistente, antes de encaminhar este paciente para a cirurgia.

Os dados levantados durante a pesquisa sobre os motivos de suspensão de cirurgias levam a concluir que se faz necessário uma reestruturação dos serviços cirúrgicos, com melhor planejamento e organização.

Será impossível continuar com as mesmas posturas após este trabalho, por menor que pareça ter sido o resultado da busca ativa na antevéspera da cirurgia. O vínculo com o paciente torna mais fácil qualquer comunicação que precise ser feita, mesmo que seja de cancelamento se o fato ocorrer, o paciente sente-se valorizado com este contato e ajuda-o a sentir-se mais seguro depositando maior confiança na instituição.

REFERÊNCIAS

1. Paschoal MLH, Gatto MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos do absenteísmo do paciente à cirurgia programada. Rev Latino-am Enferm. 2006;14(1):48–53.
2. Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2000 [cited 2015 Oct 23];8(4):59–65. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12385
3. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. Rev Latino-am Enferm. 2007;15(5):1018–24.
4. Leslie RJ, Beiko D, van Vlymen J, Siemens DR. Day of surgery cancellation rates in urology: Identification of modifiable factors. J Can Urol Assoc. 2013;7(5-6):167–73.
5. Gaucher S, Boutron I, Marchand-Maillet F, Baron G, Douard R, Bethoux JP. A the day of scheduled surgery assessment of a standardized pre-operative telephone checklist designed to avoid late cancellation of ambulatory surgery: The AMBUPROG Multicenter Randomized Controlled Trial Reducing cancelations on at a children's hospital. PLoS One. 2016;11(2):1–14.
6. Veen-berkx E Van, Elkhuizen SG, Kuijper B, Kazemier G. Dedicated operating room for emergency surgery generates more utilization, less overtime, and less cancellations. Am J Surg [Internet]. 2016;211(1):122–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.06.021
7. Smith MM, Mauermann WJ, Cook DJ, Hyder JA, Dearani JA, Barbara DW. Same-day cancellation of cardiac surgery: a retrospective review at a large academic tertiary referral center. J Thorac Cardiovasc Surg [Internet]. 2014;148(2):721–5. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcvs.2014.03.002
8. Pratap JN, Varughese AM, Mercurio P, Lynch T, Lonnemann T, Ellis A, et al. Reducing cancelations on the day of scheduled surgery at a children's hospital. Pediatrics [Internet]. 2015;135(5):e1292–9. Available from: http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L604237935
9. Ang WW, Sabharwal S, Johannsson H, Bhattacharya R, Gupte CM. The cost of trauma

operating theatre inefficiency. Ann Med Surg [Internet]. 2016;7:24–9. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2049080116001266

10. Dimitriadis PA, Iyer S, Evgeniou E. The challenge of cancellations on the day of surgery. Int J Surg [Internet]. 2013;11(10):1126–30. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijsu.2013.09.002
11. Mehta SS, Bryson DJ, Mangwani J, Cutler L. Communication after cancellations in orthopaedics: the patient perspective. World J Orthop [Internet]. 2014;5(1):45–50. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3952693&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
12. Kumar R, Gandhi R. Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. J Anaesthesiol Clin Pharmacol [Internet]. 2012;28(1):66. Available from: http://www.joacp.org/text.asp?2012/28/1/66/92442
13. Ribeiro MB, Coelho Junior TP, Baldam RL, Có FA, Zorzal FMB. Processos em centro cirúrgico: desafios e propostas de solução. In: XXIX ENEGEP Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Salvador: ABEPRO; 2009. p. 01–12.
14. Avila MAG, Gonçalves IR, Martins I, Moyses AM. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. Rev SOBECC [Internet]. 2012;17(2):39–47. Available from: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-654866
15. Caesar U, Karlsson J, Olsson L-E, Samuelsson K, Hansson-Olofsson E. Incidence and root causes of cancellations for elective orthopaedic procedures: a single center experience of 17,625 consecutive cases. Patient Saf Surg [Internet]. 2014;8(24):24. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4064269&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
16. Mesmar M, Shatnawi NJ, Faori I, Khader YS. Reasons for cancellation of elective operations at a major teaching referral hospital in Jordan. East Mediterr Heal J [Internet]. 2011;17(8):651–5. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21977567
17. Elrahman A, Hamza AA, El-Haj MA. Cancellation of elective general surgical operations at the day of intended surgery. Glob J Human-Soc Sci I Surg Cardiovasc Syst. 2014;14(3):39–44.

18. Aquino FM, Moura VLF, Pinto ACS. A suspensão de cirurgia e o processo da comunicação. Rev Pesq Cuid Fund Line. 2012;4(2):2998–3005.
19. Barbosa MH, Miranda Goulart DM, Vieira de Andrade E, De Mattia AL. Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente. Enferm Glob [Internet]. 2012;11(26):164–73. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Schofield WN, Rubin GL, Piza M, Lai YY, Sindhusake D, Fearnside MR, et al. Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. Med J Austr [Internet]. 2005;183(10):551; discussion 551. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16296985
21. Garg R, Bhalotra AR, Bhadoria P, Gupta N, Anand R. Reasons for cancellation of cases on the day of surgery: a prospective study. Indian J Anaesth. 2009;53(1):35–9.
22. González-Arévalo A, Gómez-Arnau JI, DelaCruz FJ, Marzal JM, Ramírez S, Corral EM, et al. Causes for cancellation of elective surgical procedures in a Spanish general hospital. Anaesthesia [Internet]. 2009;64(5):487–93. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19413817
23. Callegari DC, Batista HMT, Silveira GBM, Bentes IMS, Rocha RPB, Sampaio LA, et al. Monitoring the suspension of surgical procedures. Int Arch Med [Internet]. 2015;8(111):1–7. Available from: http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1151
24. Botazini NO, Toledo LD, Souza DMS. Cirurgias eletivas:cancelamentos e causas. Rev SOBECC. 2014;20(4):210–9.
25. Landim FM, Paiva FDS, Fiuza MLT, Oliveira EP, Pereira JG, Siqueira IA. Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade. Rev Col Bras Cir. 2009;36(4):283–7.
26. Afzal F, Asad N, Ali K. Causes of postponement of elective surgery in Mayo Hospital Lahore. Biomédica. 2010;26:148–51.
27. Fonseca KAD, Oliveira Júnior LB, Beraldo AFCA, Araújo DAC. Indicadores hospitalares: monitoramento e análise do cancelamento das cirurgias pactuadas do HU/CAS - UFJF com o PRO-HOSP. HU Rev [Internet]. 2009;35(3):199–207. Available from: http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/629/255

28. Oliveira MM, Mendonça KM. Análise da visita pré-operatória de enfermagem: revisão integrativa. Rev SOBECC. 2014;19(3):164–72.
29. Risso ACMCR, Braga EM. A comunicação da suspensão de cirurgias pediátricas: sentimentos dos familiares envolvidos no processo. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):360–7.
30. Avila MAG, Bocchi SCM. Confirmação de presença do usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir o absenteísmo. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(1):193–7.
31. Alves EMM. Cancelamentos de cirurgias no próprio dia [mestrado]. [Lisboa]: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 2012.
32. Pittelkow E, Carvalho R. Surgery cancellations at a public hospital. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2008;6(4):416–21. Available from: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-510108
33. Ebirim LN, Buowari DY, Ezike HA. Causes of cancellation of elective surgical operations at a University Teaching Hospital. J Med Med Sci. 2012;3(5):297–301.
34. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2007;41(1):113–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp
35. Nascimento LA, Tillvitz LR, Fonseca LF. Suspensão cirúrgica: o ângulo estatístico de um problema de repercussões humanas. Rev Enferm UFPE Line. 2013;7(esp):6592–600.
36. Chang J-H, Chen K-W, Chen K-B, Poon K-S, Liu S-K. Case review analysis of operating room decisions to cancel surgery. BMC Surg [Internet]. 2014;14(47):47. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4119053&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
37. Santos GAAC. Cancelamento de cirurgia eletiva: dos motivos à compreensão do itinerário agendamento – centro cirúrgico [mestrado]. [Botucatu]: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2015.
38. Macedo JM, Kano JA, Braga EM, Garcia MA, Caldeira SM. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. Rev SOBECC [Internet]. 2013;18(1):26–34. Available from:

http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-671894

39. Seim AR, Fagerhaug T, Ryen SM, Curran P, Saether OD, Myhre HO, et al. Causes of cancellations on the day of surgery at two major university hospitals. Surg Innov [Internet]. 2009;16(2):173–80. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19460816
40. Souza ND., Maurício VC, Marques LG, Mello CV, Leite GF. Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. REME Rev Min Enferm. 2010;14(1):82–7.
41. Gaviria-García G, Lastre-Amell G, Suárez-Villa M. Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud. Enferm Univ. 2014;11(2):47–51.
42. Antonio PS, Munari DB, Costa HK. Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. Rev Eletronica Enferm. 2002;04(01):33–9.
43. Vieira MJ, Furegato ARF. Suspensão de cirurgias: atitudes e representações dos enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(02):135–40.
44. Morgan W, Bernardino E, Wolff LDG. Implicações do cancelamento de cirurgias em centro cirúrgico um estudo descritivo-exploratório. Online Braz J Nurs [Internet]. 2010;9(1):1–14. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2591/585
45. Duarte I, Ferreira D. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. Rev Adm Saúde. 2006;8(31):63–70.
46. Jericó MC, Perroca MG, Penha VC. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2011;19(5):1–8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_23.pdf
47. Santos MC. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. Rev Adm Saúde. 2013;15(58):27–33.
48. Souza MA, Rama AR, Ribeiro A, Figueiredo AB, Osório RC, Salgado Junior W. Implantação da central de agendamento : uma estratégia de humanização no HERibeirão. Rev QualidadeHC. 2014;102–8.
49. Sodré RL, El Fahl MAF. Cancelamento de cirurgias em um hospital público na cidade

de São Paulo. Rev Adm Saúde. 2014;16(63):67–70.

50. Kaddoum R, Fadlallah R, Hitti E, El-jardali F, Eid G El. Causes of cancellations on the day of surgery at a Tertiary Teaching Hospital. BMC Heal Serv Res [Internet]. 2016;16(259):1–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1475-6
51. Huda F. A retrospective analysis of reasons for cancellation of elective surgery in a Teaching Hospital. Int J Sci Stud. 2014;2(2):28–30.
52. Bomfim VO, Ferreira JBC. Análise do absenteísmo cirúrgico em hospital público. Rev Baiana Saúde Pública. 2008;32(75):241–52.
53. Kruse MHL, Almeida MA, Keretzky KB, Rodrigues E, Silva FP, Schenini F., et al. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. Rev Eletronica Enferm. 2009;11(3):494–500.
54. Sampaio CEP, Ribeiro DA. Perfil cirúrgico e fatores determinantes das suspensões de cirurgias gerais ambulatoriais: contribuições para assistência de enfermagem. Rev Pesq Cuid Fund Line. 2012;4(2):2938–47.
55. Barbeiro FMDS. Por que as cirurgias são suspensas? Uma investigação sobre as taxas, as causas e consequências em um hospital geral do Rio de Janeiro. Rev Pesq Cuid Fund Line. 2010;2(4):1353–62.
56. Souza ATG, Andrade APM, Santos IBC, Silva MA. Sentimentos do paciente pós-cancelamento de cirurgia. In: 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Fortaleza; 2009. p. 5611–3.

APÊNDICE A - CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Sorocaba, 29 de fevereiro de 2016

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. José Augusto Costa
Coordenador do CEP

Prezado,

Encaminho para apreciação de V.Sa. o Projeto da Dissertação de Mestrado intitulado **"Proposta de acolhimento pré-operatório de enfermagem como intervenção no cancelamento de cirurgias"** da aluna **"Grácia Maria Garcia Silva"**, do curso Pós Graduação em Educação nas Profissões da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica, Campus Sorocaba, sob orientação do **Professor Doutor Flávio Morgado.**

Para a realização da presente pesquisa foi escolhida as Unidades do **"Ambulatório de Especialidades do SUS e o Centro Cirúrgico"** do HSL, cenário de prática onde originou o interesse para o desenvolvimento do referido tema. A proposta está expressa no Projeto, assim como as demais exigências para a sua efetivação.

Contando com a atenção e aprovação de V.Sas., agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Pesquisador: Grácia Maria Garcia Silva

Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Neto
Vice-Coordenador do Programa de Estudos Pós-Graduados
Educação nas Profissões da Saúde
Mestrado Profissional
FCMS / PUC-SP

23/3/16

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Grácia Maria Garcia Silva, mestranda na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, venho convidá-lo a participar da pesquisa intitulada "Proposta de acolhimento pré-operatório de enfermagem como intervenção no cancelamento de cirurgias", que será desenvolvida no Hospital Santa Lucinda e tem por objetivos: Propor uma intervenção pré-operatória de enfermagem para diminuir o cancelamento de cirurgias entre os pacientes do SUS. Identificar a taxa e os motivos de suspensão dos procedimentos relacionados aos pacientes e os não relacionados a estes; identificar a taxa de suspensões por especialidade médica e quanto à fonte pagadora; Aplicar a consulta de enfermagem pré-operatória com os pacientes SUS com cirurgias agendadas. Verificar a eficiência desta intervenção.

O conteúdo da consulta de enfermagem será confidencial, sigiloso e suas respostas estarão sob minha responsabilidade, sendo que será apenas utilizada para a realização do estudo, podendo os resultados serem apresentados em eventos e/ou publicados em revistas científicas.

Esta pesquisa faz parte de minha formação acadêmica no curso de Mestrado em Educação nas Profissões de Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, assim é totalmente isenta de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no processo como usuário do hospital.

Sua participação no estudo será totalmente voluntária, sem qualquer benefício direto. Você tem o direito de retirar sua participação em qualquer momento deste estudo, sem qualquer prejuízo de suas atividades no curso.

Se tiver dúvidas, preocupações sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Grácia Maria Garcia Silva, pessoalmente, Rua: Antônio roque Rodrigues, 231 Jardim Dois Corações, Sorocaba-SP; através do e-mail: maedageo@yahoo.com.br ou pelo contato (15)997048978. Em casos de denúncias, reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP-Campus Sorocaba, na Rua: Joubert Wey, 290, Telefone (15) 32129896.

Este documento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP.

Esse documento será feito em duas vias, sendo que uma será entregue para você e a outra ficará com o pesquisador.

Caso aceite participar desta pesquisa. Solicito a sua assinatura no item II deste documento.

Desde já agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa.

Sorocaba, de de 2016.

Assinatura da pesquisadora_____

PARTE II- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu,_____RGNº:_____,

Declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntária da pesquisa. Declara que leu cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que compreende o objetivo desta pesquisa e concorda em participar de forma voluntária da mesma, entendendo que as informações serão confidenciais, que não haverá identificação nominal e que não sofrerá qualquer tipo de sanção ou prejuízo, caso se recuse ou desista de participar deste estudo.

Sei que em caso de dúvida ou intercorrência poderei recorrer à pesquisadora pelo **endereço eletrônico:** maedageo@yahoo.com.br ou **telefone** (15)997048978.

Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os esclarecimentos foram prestados pela pesquisadora.

Sorocaba, de de 2016.

_____ _____

Nome completo do participante Data Assinatura

_____ _____

Nome completo da pesquisadora Data Assinatura

1ª via entrevistado (a)

2ª via pesquisadora

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATORIA

Data:__ /__ / __ Horário:___:___

IDENTIFICAÇÃO:

Nome:_____

Idade:_____ Estado civil: _____

Residente:_____

Bairro:_____Cidade:_____

Telefones de contato_____

Cirurgia proposta:_____ Data prevista:___/___/___

Especialidade:_____

Expectativas com a cirurgia:-_____

Peso:_____ Estatura:_____ Testemunha de Jeová: ( ) sim ( ) não

Alergia:() sim () não. Qual_____

Antecedentes: ( ) HAS ( ) DM ( ) DPOC ( )Bronquite ( ) Asma ( )Epilepsia ( ) Artrose ( )

Outros_____

Terapêutica Medicamentosa_____

ORIENTAÇÕES PRESTADAS:

Jejum a partir das:_____ Tricotomia: ( ) sim ( ) não. Região_____

Orientações sobre: Próteses/Esmalte ( ) sim ( ) não. Roupa Íntima: ( ) sim ( ) não

Cabelos Secos: ( ) sim ( ) não Anestesia: ( ) sim ( ) não

Tipagem sanguínea: ( ) sim ( ) não. Reserva de UTI: ( ) sim ( ) não.

Exames solicitados: ECG: ( ) sim ( ) não

Exames de laboratório: ( ) sim ( ) não.
Quais_____

Outros exames_____

Informações prestadas ao: ( ) Paciente ( ) Familiar

Anotação de enfermagem: _____

_____

_____

Enfermeira Responsável:

ANEXO 1 - CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Hospital
Santa Lucinda

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

O Projeto de Pesquisa intitulado: **"Proposta de acolhimento pré-operatório de enfermagem como intervenção no cancelamento de cirurgias"** do **"Profº Dr. Flávio Morgado"** e da aluna **"Grácia Maria Garcia Silva"** do curso de Pós Graduação em Educação nas Profissões da Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo a ser realizado no Hospital Santa Lucinda **no setor do Ambulatório de Especialidade do SUS e do Centro Cirúrgico do HSL** foi aprovado pela Coordenadora Acadêmica e pelo Superintendente do HSL.

Sorocaba, 02 de Março de 2016.

Profa. Dra. Cibele Isaac S. Rodrigues
Coordenadora Acadêmica do HSL

Carlos Aparecido Teles Drisostes
Superintendente do HSL

Fundação São Paulo - Hospital Santa Lucinda
Rua Cláudio Manoel da Costa, 57
CEP 18030-083 – Sorocaba – SP
Fone: (15) 3212-9900 Fax: (15) 3212-9815

NAO - Emissão: 15/01/2010 – Rev 00 nº 167

ANEXO 2 - PARECER CONSUBISTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE-PUC/SP

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Proposta de acolhimento pré-operatório de enfermagem como intervenção no cancelamento de cirurgias

Pesquisador: Gracia Maria Garcia Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55124016.7.0000.5373

Instituição Proponente: Fundação São Paulo - Campus Sorocaba da PUC-SP Fac Ciencias Med e da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.514.876

Apresentação do Projeto:

Trata-se de trabalho com Título da Pesquisa: Proposta de acolhimento pré-operatório de enfermagem como intervenção no cancelamento de cirurgias. Tem como pesquisador responsável, a enfermeira Gracia Maria Garcia Silva, sob orientação do Prof. Dr. Flavio Morgado. É projeto de dissertação de mestrado do Curso de Pós Graduação em Educação nas Profissões da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica, PUCSP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Propor uma intervenção pré-operatória de enfermagem para diminuir o cancelamento de cirurgias.

Objetivo Secundário: Identificar a taxa e os motivos de suspensão dos procedimentos relacionados ou não aos pacientes; Identificar a taxa de suspensão por especialidade médica e quanto à fonte pagadora; Aplicar a consulta de enfermagem pré-operatória com os pacientes SUS com cirurgias agendadas. Verificar a efetividade desta intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há.

Benefícios: Redução do número de cancelamentos, melhora da qualidade de dos pacientes e redução de custos hospitalares desnecessários.

Endereço: Rua Joubert Wey, 290
Bairro: Vergueiro **CEP:** 18.030-070
UF: SP **Município:** SOROCABA
Telefone: (15)3212-9896 **Fax:** (15)3212-9896 **E-mail:** cepfcms@pucsp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE-PUC/SP

Continuação do Parecer: 1.514.876

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho será realizado no Hospital Santa Lucinda, no setor de ambulatório de especialidades SUS e no centro cirúrgico.

A metodologia está clara quanto à coleta de dados e sua análise.

O trabalho será feito com financiamento próprio.

O cronograma está apropriado e menciona-se que a pesquisa será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

As referencias bibliográficas estão adequadas.

A autora garante sigilo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto para pesquisa está devidamente assinada e anexada.

A carta de apresentação da pesquisa ao coordenador do CEP está anexada.

A carta de autorização onde será realizada a pesquisa está assinada pelos responsáveis e anexada.

Os dados curriculares dos participantes estão atualizados e anexados.

O instrumento de pesquisa, questionário é de fácil entendimento e está anexado.

O TCLE, termo de consentimento livre e esclarecido contém informações de fácil entendimento e está anexado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

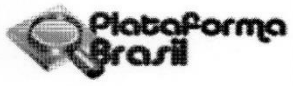
Acatar

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_679219.pdf	13/04/2016 11:48:56		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	17/03/2016 19:59:30	Gracia Maria Garcia Silva	Aceito
Outros	Carta_de_Apresentacao_CEP.pdf	15/03/2016 11:52:14	Gracia Maria Garcia Silva	Aceito
Declaração de	Carta_de_Autorizacao_da_Instituicao	15/03/2016	Gracia Maria Garcia	Aceito

Endereço: Rua Joubert Wey, 290
Bairro: Vergueiro **CEP:** 18.030-070
UF: SP **Município:** SOROCABA
Telefone: (15)3212-9896 **Fax:** (15)3212-9896 **E-mail:** cepfcms@pucsp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE-PUC/SP



Continuação do Parecer: 1.514.876

Instituição e Infraestrutura	_Cooparticipante.pdf	11:48:08	Silva	Aceito
Outros	Instrumento_de_Pesquisa_Consulta_de_Enfermagem.pdf	15/03/2016 11:38:25	Gracia Maria Garcia Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Flavio_Morgado.pdf	15/03/2016 11:35:57	Gracia Maria Garcia Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Gracia_Maria_Garcia_Silva.pdf	15/03/2016 11:35:06	Gracia Maria Garcia Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	15/03/2016 11:31:59	Gracia Maria Garcia Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	15/03/2016 11:29:53	Gracia Maria Garcia Silva	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SOROCABA, 26 de Abril de 2016

Assinado por:
José Augusto Costa
(Coordenador)

Endereço: Rua Joubert Wey, 290
Bairro: Vergueiro **CEP:** 18.030-070
UF: SP **Município:** SOROCABA
Telefone: (15)3212-9896 **Fax:** (15)3212-9896 **E-mail:** cepfcms@pucsp.br