

## Análise do cancelamento de cirurgias eletivas: contribuições para assistência de enfermagem perioperatória

*Analysis of cancellation of elective surgeries: contributions for perioperative nursing assistance*



**Maria da Glória de Sousa Cruz**

Graduanda do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).  
e-mail: gloria.sousa@outlook.com

**Adriana Cristina de Santana**

Docente do curso de Enfermagem do UNIPAM. Mestre em Enfermagem pela UFG/GO. Especialista em Nefrologia e Gestão em Bloco Cirúrgico em CME pelo CEEN/GO. e-mail: adrianacs@unipam.edu.br

---

**RESUMO:** Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar os fatores determinantes de suspensão de cirurgias eletivas em um hospital de médio porte na região do Alto Paranaíba. Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, com análise documental dos registros arquivados no Centro Cirúrgico. A população foi constituída por registros institucionais dos atendimentos cirúrgicos eletivos do primeiro semestre do ano de 2017. O procedimento de coleta de dados iniciou-se a partir da autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) e do Hospital Regional Antônio Dias. Os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando-se frequência simples e percentual, e medidas de tendência central. O resultado final obteve 80 cirurgias eletivas canceladas de um total de 614 procedimentos. Recomendam-se ações para minimizar o cancelamento cirúrgico, tais como confirmar a cirurgia previamente e monitorar os indicadores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cirurgias eletivas. Assistência de enfermagem. Perioperatória.

**ABSTRACT:** This research aimed to analyze the determinant factors of the suspension of elective surgeries in a medium-sized hospital in the region of Alto Paranaíba. It is a quantitative, retrospective study, with documentary analysis of the records filed at the Surgical Center. The population was constituted by institutional records of the elective surgical appointments of the first semester of 2017. The data collection procedure started with the authorization of the Ethics and Research Committee (CEP) of the Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) and the Antônio Dias Regional Hospital. The collected data were analyzed through descriptive statistics, using simple frequency and percentage, and measures of central tendency. The final results obtained 80 canceled elective surgeries from a total of 614 procedures. In relation to gender, 47 (58.8%) were male and 33 (41.3%) female. Some actions are recommended to minimize surgical cancellation, such as previous surgery confirmation and indicators monitoring.

**KEYWORDS:** Elective surgeries. Nursing assistance. Perioperative.

---

## 1. INTRODUÇÃO

A cirurgia é o procedimento terapêutico para uma variedade de distúrbios fisiopatológicos que implicam ameaças reais, tais como risco de vida, perda de órgãos ou parte destes prejuízos financeiros, além do próprio desconforto decorrente da intervenção cirúrgica (AMTHAUER; FALK, 2014).

Para Sturmm *et al.* (2008), uma situação cirúrgica envolve não apenas o ato cirúrgico em si, mas uma alteração da rotina diária do ser humano, separando-o do contexto a que está habituado e expondo-o ao estresse de uma hospitalização carregada de características e singularidades. Dentre estas características, destacam-se a solidão, o medo, a ansiedade, a esperança, a mudança de hábitos e a necessidade imposta de se relacionar com a diversidade de pessoas de princípios desconhecidos, entregando-se aos seus cuidados.

No planejamento da assistência de enfermagem perioperatória, o mapa cirúrgico é uma ferramenta de gestão importante do enfermeiro. Para isto o profissional precisa desenvolver habilidades administrativas e preparar recursos materiais, humanos, fazer reserva de vagas a partir de pacientes operados em dias anteriores, conferir o termo de consentimento da cirurgia, agendar primeiro as cirurgias mais complexas, de maior porte, em pacientes com maior risco de comorbidades.

De acordo com Macedo *et al.* (2013), o mapa de cirurgia e seu planejamento devem ser realizados com no mínimo 24 horas de antecedência. Todas as informações são repassadas para a equipe de anestesia, cirurgiões, e para enfermagem que, por meio dos dados coletados, planeja os materiais necessários para o procedimento, os exames solicitados, as reservas de hemocomponentes, com o objetivo de prestar uma assistência de segurança ao paciente cirúrgico.

A justificativa foi a preocupação de pesquisar os motivos de cancelamento das cirurgias eletivas que podem trazer várias consequências as quais foram notadas no ambiente de trabalho onde ocorreu a pesquisa. Dentre as consequências, observam-se alterações na rotina dos profissionais, pacientes e família, pois estes, ao serem informados da necessidade de uma intervenção cirúrgica, precisam planejar as atividades para adequá-las ao evento do ato cirúrgico propriamente dito e também da recuperação cirúrgica. Além disso, pode-se evitar custos para o hospital, dispêndio de tempo, recursos humanos e materiais para um novo agendamento da cirurgia (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015).

Neste contexto observa-se que o cancelamento de uma cirurgia não tem recebido uma atenção maior por alguns profissionais de saúde, porém, para o paciente que aguardou pelo procedimento e pela recuperação da saúde, o fato pode levar a uma série de conflitos internos, como ansiedade, medo de invalidez ou até mesmo da morte, que são considerados riscos iminentes em uma cirurgia (SAMPAIO; RIBEIRO, 2012).

Esta pesquisa tem como objetivos analisar os fatores determinantes de suspensão de cirurgias eletivas ocorridas no Centro Cirúrgico do Hospital Regional Antônio Dias, caracterizar o perfil dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos, identificar as principais cirurgias realizadas neste hospital e avaliar as contribuições da assistência de enfermagem pré-operatória nos cancelamentos das cirurgias.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, com análise documental dos registros arquivados no Centro Cirúrgico. O estudo foi realizado em um hospital público de grande porte na região do Alto Paranaíba. O Centro Cirúrgico desta instituição é composto por três salas operatórias e atende cirurgias de porte I, II, III e IV das seguintes especialidades: cirurgias de urgência para pacientes com risco de morte, cirurgias eletivas ortopédicas, trato geniturinário e gastrointestinal, obstétricas e neurológicas.

O agendamento das cirurgias eletivas na ortopedia é feito por meio de uma reunião clínica para a avaliação dos pacientes externos, e de uma “corrida de leito” para marcação dos pacientes internados. Na cirurgia geral, é encaminhada uma autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realização da cirurgia, que passa por uma avaliação dos residentes da cirurgia geral. Posteriormente é repassado um relatório ao preceptor da cirurgia que está de plantão. Com os dados coletados, os casos são analisados dando prioridade à complexidade e à fila de espera. Os procedimentos são agendados conforme a especialização do médico que estará na escala como cirurgião do dia. As cirurgias de ginecologia, otorrino e oftalmologia são feitas de acordo com a Secretaria de Saúde que determina número e ordem de pacientes. Nas outras especialidades, são agendadas através das consultas ambulatoriais, priorizando os casos mais graves.

A pesquisa obedeceu à Resoluções 466, de 2012, no que diz respeito ao sigilo e à confidencialidade dos dados utilizados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento foi dispensado de assinatura, pois trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de prontuários ou indicadores utilizados pelo enfermeiro coordenador da instituição pesquisada. Pesquisas que dispensam a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido justificam-se, pois, em muitos casos, os pacientes já foram a óbito, existe dificuldade de localização de familiares, não existe uma frequência regular de comparecimento ao hospital, muitos pacientes já foram atendidos há algum tempo e pode ser que os endereços e telefones para contatos não sejam mais os mesmos.

Assim, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas e da Fundação Hospitalar de Minas Gerais sob CAEE: 62287616.5.0000.5549, a coleta dos dados foi iniciada por meio do preenchimento de um instrumento de coleta de dados. A amostra foi não probabilística, por conveniência, ou seja, constituída por todos os registros institucionais dos atendimentos cirúrgicos eletivos referentes às cirurgias que ocorreram no último semestre do ano corrente (janeiro a junho) e foram cancelados.

Os critérios de inclusão foram cirurgias eletivas de pacientes que, independentemente da idade e do sexo, foram registradas e posteriormente canceladas. Este estudo não contemplou as cirurgias de urgência e emergência, nem as cesáreas e os partos normais. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com questões compostas de informações de identificação do paciente, nome da cirurgia, turno em que ocorreu, dia da semana, classificação da cirurgia, momento da suspensão e causas da suspensão.

Os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando-se frequência simples e percentual, e medidas de tendência central (média, mediana, moda). Para o tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o software *Statistic Package for Social Sciences® for Windows* (versão 17.0).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo obteve-se como resultado o contingente de 614 procedimentos. Destes, 80% das cirurgias eletivas foram canceladas, correspondente ao período de janeiro a junho do ano 2017. Em relação às características sociodemográficas da população, foi possível identificar que, em relação ao sexo dos pacientes envolvidos com o cancelamento, houve predomínio do sexo masculino, com 47 (58,8%), em relação a 33 do sexo feminino (41,3%). A idade variou de 2 a 88 anos, com mediana de 36 anos e cinco meses e desvio padrão de  $\pm 21,9$ . Achados semelhantes em relação ao sexo foram encontrados no estudo de Barbosa *et al.* (2012), em que a maioria dos cancelamentos também foi do sexo masculino (58,70%), com idade entre 46 a 97 anos, e as especialidades em que mais ocorreram cancelamentos foi a urologia e a ortopedia, respectivamente.

Quando ocorre a suspensão da cirurgia ocorre também um aumento na ansiedade e um desgaste físico e emocional tanto dos pacientes quanto de seus familiares, no que diz respeito ao desgaste de ter que se agendar novamente, com prováveis exames e gerando assim mais custos. Os familiares ficam emocionalmente comovidos ao saberem que o procedimento cirúrgico foi suspenso. A problemática tem sido questão de muitas verificações nas últimas décadas. Estudos apontam altas taxas de cancelamento de cirurgias eletivas que variam de 17,6% a 33% (FONSECA *et al.*, 2009).

Conforme a tabela 1, o turno matutino compreendeu o de maior número de cancelamentos (60%), o dia da semana mais frequente foi a terça-feira (42,5%), e a área de especialidade foi a ortopedia (65%). Esses números se justificam pela falta de intensificador, instrumento usado na maioria das cirurgias ortopédicas, e pelas férias de um dos ortopedistas.

**TABELA 1.** Características do cancelamento das cirurgias no período janeiro a junho de 2017. Patos de Minas – MG

CATEGORIAS	N	%
<b>DIA DA SEMANA</b>		
Segunda-feira	18	22,5
Terça-feira	34	42,5
Quarta-feira	7	8,8
Quinta-feira	14	17,5
Sexta-feira	7	8,8
Total	80	100
<b>ESPECIALIDADE MÉDICA</b>		
Ortopedia	52	65
Cirurgia geral	11	13,8
Otorrinolaringologia	9	11,3
Cirurgia plástica	3	3,7
Bucomaxilo	3	3,7
Mastologia	2	2,5
Total	80	100

**Fonte:** Instrumento de coleta de dados, 2017.

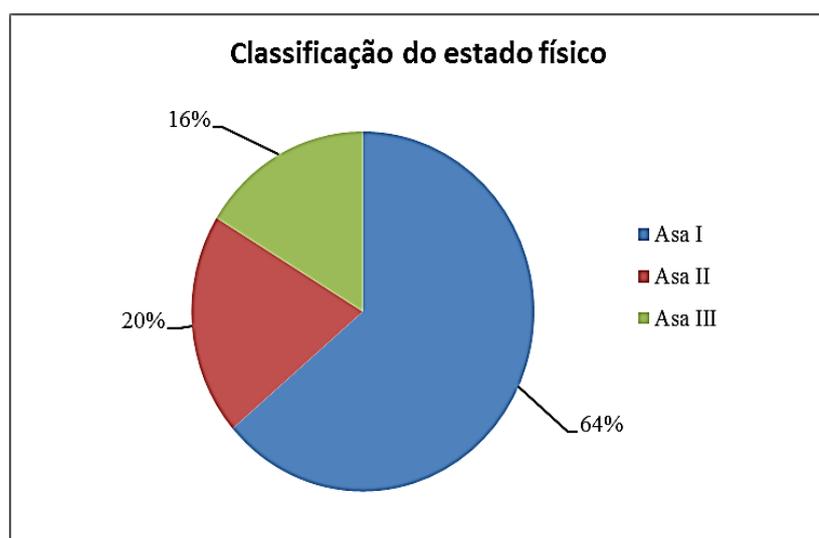
Resultados semelhantes foram encontrados no estudo desenvolvido no Hospital Público do Estado de São Paulo, que mostrou que a maioria dos cancelamentos ocorreu no período matutino (SANTOS; BOCCHI, 2016). Os autores dizem que essa diferença em relação ao turno pode estar relacionada ao desenvolvimento do mapa de cirurgias, ou seja, a maioria das cirurgias da ortopedia ocorre pela manhã, pois são cirurgias com uma maior duração e representam um potencial de infecção para desenvolvimento de risco de infecção. Neste caso, o enfermeiro é responsável pelo gerenciamento das salas, organizando o mapa das cirurgias eletivas e zelando pela organização e limpeza das salas.

Na análise do dia da semana, em um estudo com uma amostra de 18 cirurgias canceladas, 72,2% delas haviam sido suspensas na terça-feira e no período da tarde (FONSECA *et al.*, 2009). Enquanto outro estudo (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015) mostrou que foi na quinta-feira a maioria dos cancelamentos 120 (25,8%) e o turno matutino foi responsável por 336 (72,1%). Verifica-se que a diferenciação dos resultados em relação aos turnos é influenciada pela variação nas distribuições das especialidades médicas nos dias da semana ocorridas em diferentes instituições.

A maior taxa de cancelamento foi encontrada nas cirurgias ortopédicas (65%). Isso é justificado pelo fato de o hospital pesquisado ser referência em atendimento aos traumas na região noroeste e Alto Paranaíba, tornando longas as filas de espera e fazendo com que haja um grande número de fraturas consolidadas, tornando inviável o procedimento cirúrgico. Tal resultado é semelhante aos estudos de Santos e Bocchi (2016), que calcularam que, dentre as especialidades médicas, aquela em que mais ocorreu cancelamento foi a ortopedia (19,51%), seguida da cirurgia geral (17,05%) e da otorrinolaringologia (14,94%).

A figura 1 mostra a classificação do estado físico do paciente: identificou-se que 51 (63,8%) se classificam em ASA I, 16 (20%) em ASA II e 13 (16%) foram classificados como ASA III.

**FIGURA 1.** Classificação do estado físico dos pacientes (n=80) segundo a ASA. Patos de Minas, jan 2017 – jun 2017



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2017.

Embora o maior índice de cancelamentos encontrado foi em pacientes classificados como ASA I (64%), as condições clínicas no dia do cancelamento da cirurgia mostraram-se desfavoráveis: 20 (25%) (hipertermia, febre, hipertensão e infecções urinárias) (Tabela 2).

Conforme Vendites *et al.* (2010), em conformidade com a ASA (American Society of Anesthesiologists), os pacientes são classificados segundo o risco cirúrgico em categoria de risco: ASA I - pacientes saudáveis, sem doenças sistêmicas; ASA II - pacientes com doença sistêmica leve, neonatos, idosos, obesos, diabéticos, cardiopatas compensados; ASA III - pacientes com doença sistêmica moderada, como anemia, cirrose, desidratação moderada, caquexia; ASA IV - pacientes com doença sistêmica grave, choque, uremia, anemia grave, hipovolemia, doenças descompensadas, ICC severa; ASA V - moribundos, choque, falência múltipla de órgãos, morte eminente, com ou sem cirurgia; e ASA VI - pacientes com morte encefálica constatada, que serão doadores de órgãos.

Em relação aos outros motivos de suspensão das cirurgias, obtivemos que 14 (17,5%) foram relacionadas à organização da unidade (falta de vagas), 13 (16,3%) por falta de material, e seis (7,5%) foram alterações de condutas médicas (recursos humanos) cirúrgicas e de consolidação da fratura, respectivamente (Tabela 2).

**TABELA 2.** Motivos de suspensão das cirurgias (n=80).  
Patos de Minas, jan 2017 - jun 2017

MOTIVOS DA SUSPENSÃO DAS CIRURGIAS		f	%
Relacionadas ao paciente	Condição clínica desfavorável	20	25
	Consolidação da fratura	6	7,5
	Falta de jejum	4	5,0
	Não comparecimento	3	3,8
	Recusa na realização da cirurgia	3	3,8
Organização da Unidade	Falta de vaga	14	17,5
	Falta de exames	4	5,0
	Prioridade para urgência	1	1,3
	Erro na programação cirúrgica	1	1,3
	Falta de documento	1	1,3
Recursos humanos	Mudança de conduta médica	6	7,5
	Falta de cirurgião	5	6,3
	Tempo cirúrgico excedido	4	5,0
	Falta de anestesiológista	2	2,5
Recursos materiais	Falta de material	13	16,3

Fonte Instrumento de coleta de dados, 2017.

Estudos de Botazini *et al.* (2015) encontraram resultados semelhantes, com 14,4% das cirurgias canceladas por falta de vagas. Durante a coleta de dados, identificou-se que não existiam vagas disponíveis para recuperação segura do paciente cirúrgico na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Isto pode estar relacionado ao grande fluxo de atendimentos para toda a região, priorizando as internações de pacientes graves e vítimas de

trauma. O serviço parece estar fragilizado em relação ao número de vagas oferecidas. A instituição é considerada de médio porte, porém, com a perspectiva de funcionamento de grande porte.

Do ponto de vista administrativo, o cancelamento interfere na própria equipe de saúde, no que se refere à operacionalização do trabalho, ao consumo de tempo e de recursos materiais (SAMPAIO, RIBEIRO, 2012). Já no estudo de Paiva *et al* (2009), “as causas de suspensão de operações eletivas relacionadas à utilização de materiais e equipamentos representaram 5,12% do total dos motivos de cancelamentos”. O ideal é otimizar as atividades, reduzir gastos, evitar desperdícios e desenvolver o trabalho com a máxima qualidade.

O enfermeiro é o profissional que pode contribuir significativamente com os índices de suspensão cirúrgica, visto que desenvolve atividades essenciais para o bom desenvolvimento da unidade, tais como incluir controle de órtese e prótese, e fazer a comunicação da equipe médica e de enfermagem, quanto ao agendamento, bem como com a unidade de internação, quanto à gestão de leitos e condições clínicas do paciente para, se necessário, alterar a agenda.

Um dos papéis do enfermeiro do centro cirúrgico para minimizar o número de cirurgias eletivas canceladas é realizar a visita pré-operatória, uma atividade complexa e privativa. Na ocasião serão realizados anamnese e exame físico minucioso no paciente, verificação do tempo de jejum e das condições clínicas para encaminhamento à realização da cirurgia e também todas as orientações necessárias sobre os cuidados no pós-operatório.

Pode-se verificar, na figura 2, os momentos mais frequente em que ocorreu a suspensão da cirurgia: 49 registros (61%) antes de o paciente entrar para a sala de cirurgia, seguidos de 24 registros (30%) antes de se encaminhar o paciente para o Centro Cirúrgico, quatro registros (5%) antes de se preparar a sala de cirurgia, e três (4%), após o preparo a sala.

**FIGURA 2.** Momentos da suspensão das cirurgias (n=80).  
Patos de Minas, jan 2017 - jun 2017



**Fonte:** Instrumento de coleta de dados, 2017.

Quando ocorre o aumento de espera para realização da cirurgia ortopédica, pode ocorrer a consolidação das fraturas, ou mesmo não haver mais a indicação da realização para o procedimento. As chances de complicações e sequelas são maiores, conforme o tempo é estendido. A reabilitação vai ser mais tardia, tendo o paciente, muitas vezes, de ser submetido a várias sessões de fisioterapias e não tendo garantia de um retorno a sua vida produtiva, social e familiar. Tudo isso vai trazer restrições para seu cotidiano. Diante dos fatos, torna-se necessário haver maior comprometimento e determinação com medidas eficazes, que proponham amenizar o agravamento dos casos e conduzam à evolução adequada na abordagem clínica adotada.

A maioria das cirurgias suspensas com o paciente dentro do bloco cirúrgico ocorre por diversos motivos: 1) por causa dos cirurgiões (estes mudam de conduta, surge paciente mais grave para ser operado, o cirurgião não está disponível, entre outros); 2) por causa dos anestesiológicos (falta de exames determinantes, alteração clínica, infecções, etc); 3) por causa dos enfermeiros (falta de materiais ou de pessoal); ou 4) por causa do próprio paciente, quando este desiste da cirurgia, por vários fatores, como o impacto emocional e a incerteza do resultado desejado.

Para evitar situações de ansiedade e desconforto ao paciente com o cancelamento de um procedimento, o ideal é que seja realizada uma avaliação previamente pelo médico cirurgião e o anestesista, esclarecendo sobre a cirurgia a ser realizada. O enfermeiro da unidade de internação, em conjunto com o enfermeiro do bloco cirúrgico, deve realizar a gestão dos leitos, evitando que o paciente fique muito tempo de jejum ou altere o seu estado psicológico. É importante também que ocorra a visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro logo que o paciente é admitido na unidade de internação. Deve-se fazer um link para inserir este assunto

A sistematização da assistência de enfermagem pré-operatória (SAEP) foi instituída para compreender as ações exercitadas pelo enfermeiro do centro cirúrgico, onde as atividades devem ser desempenhadas de maneira a considerar as necessidades individuais dos pacientes, estabelecer a assistência adequada, e com isso, auxiliar o paciente e seus familiares a entender o procedimento que será realizado, com a finalidade de aliviar a tensão e os riscos que podem suceder à realização de uma cirurgia (ADAMY; TOSATTI, 2012).

Através da SAEP, o enfermeiro vivencia as necessidades principais, tornando o cuidado prestado mais organizado e individualizado. Um dos papéis do enfermeiro do centro cirúrgico é realizar a visita pré-operatória, em que será realizado o exame físico do paciente, atentando para as condições clínicas e para os cuidados necessários no pós-operatório. Na visita pré-operatória, é essencial verificar o prontuário do paciente, se certificar se contém o risco cirúrgico; o termo de consentimento livre esclarecido assinado pelo médico responsável pelo procedimento e pelo paciente ou algum familiar; a internação com o número do registro; a reserva sanguínea; e a necessidade de o paciente ser transferido para a Unidade de Terapia Intensiva nos pós-cirúrgicos (ADAMY; TOSATTI, 2012).

A tabela 3 mostra que, dentre as cirurgias canceladas, 28 (35%) foram classificadas como porte II, em relação ao risco cardiológico; 30 (37,5%), como médio porte; 55 (68,8%) foram classificadas como cirurgias limpas; e 53 (66,3%) tiveram como finalidade a reconstrução.

**TABELA 3.** Classificação das cirurgias canceladas (n=80).  
Patos de Minas, jan 2017 - jun 2017

CATEGORIA DE CLASSIFICAÇÃO DAS CIRURGIAS	PERÍODO DE JANEIRO A JUNHO	
	F	%
<b>CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O TEMPO DE DURAÇÃO DA CIRURGIA</b>		
Porte I	23	28,8
Porte II	28	35
Porte III	24	30
Porte IV	5	6,3
<b>CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O RISCO CARDIOLÓGICO</b>		
Pequeno	23	28,8
Médio	30	37,5
Grande	27	33,8
<b>CLASSIFICA AS CIRURGIAS POR POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO DA INCISÃO CIRÚRGICA</b>		
Limpa	55	68,8
Potencialmente contaminada	12	15
Contaminada	13	16,3
Infectada	0	
<b>CLASSIFICAÇÃO QUANTO À FINALIDADE CIRÚRGICA</b>		
Diagnóstica	5	6,3
Ablativa/radical	17	21,3
Paliativa	2	2,5
Reconstrutiva	53	66,3
Transplante	0	0
Plástica	3	3,8

**Fonte:** Instrumento de coleta de dados, 2017.

Os dados acima podem ser usados para contribuir com o fluxo de informações e também permitem que os profissionais responsáveis pela marcação das cirurgias fiquem cientes dos principais problemas relacionados aos cancelamentos de procedimentos eletivos, principalmente em relação ao porte e ocupação das salas e à falta de materiais, contribuindo com as investigações futuras e assim fazendo um melhor planejamento das cirurgias agendadas.

#### 4. CONCLUSÃO

O estudo identificou que a taxa de cancelamentos cirúrgicos mais frequentes esteve relacionada à não admissão dos pacientes, a condições clínicas insatisfatórias no período pré-operatório e/ou a alterações no diagnóstico médico e problemas administrativos da instituição hospitalar, bem como à desistência do paciente.

O cancelamento de cirurgias eletivas provoca e gera custo financeiro para o estabelecimento. Atualmente o funcionamento dos hospitais visa prestar um bom atendimento a seus clientes, e para isso, é essencial não perder o controle dos custos e da distribuição dos recursos adquiridos, que são fundamentais para a segurança do funcionamento da instituição e para dar sequência a suas atividades essenciais. Neste sentido, os gestores podem exercer um papel importante através da identificação dos principais motivos de cancelamento das cirurgias e da implementação de soluções que consistem em melhorar os atendimentos de ordem clínica e/ou administrativa.

É de extrema importância a realização da visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro. Neste momento, torna-se possível realizar o exame físico e a anamnese, a conferência do prontuário do paciente, para a existência do risco cirúrgico, os exames de imagem, o termo de consentimento livre esclarecido assinado pelo médico responsável pelo procedimento, pelo paciente ou por algum familiar, a internação com o número do registro, a reserva sanguínea e a necessidade de o paciente ser transferido para a Unidade de Terapia Intensiva, para recuperação cirúrgica. Realizando essas ações de enfermagem um dia antes da cirurgia programada, o número de suspensões será reduzido, evitando gastos desnecessários à instituição e proporcionando menos estresse e desconforto aos pacientes e seus familiares.

## REFERÊNCIAS

ADAMY, Edlamar Kátia; TOSATTI, Maiara. Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: visão da equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem UFSM*, 2(2):300-310, maio 2012.

AMTHAUER, Camila; FALK, João Werner. O enfermeiro no cuidado ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 10(10): 54-59, nov. 2014.

BARBOSA, Marcelo Henrique *et al.* Análise da suspensão de cirurgias em um hospital de ensino. *Revista Eletronica Trimestral de Enfermagem*, 11(26):174-184, abr. 2012.

BOTAZINI, Naraiamma Oliveira; TOLEDO, Lucas Dionísio; SOUZA, Diba Maria Sebba Tosta. Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas. *Revista SOBECC*, 20(4):210-219, out./dez. 2015.

FONSECA, Kele Aparecida Delgado da *et al.* Indicadores hospitalares: monitoramento e análise do cancelamento das cirurgias pactuadas do HU/CAS - UFJF com o PRO-HOSP. *Hu Revista*, 3(5):199-207, jun/setembro, 2009.

MACEDO, Jaziele Magella *et al.* Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. *Revista SOBECC*, 18(1):26-34, jan./mar. 2013.

PAIVA, Francisco Diego Silva de *et al.* Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 4(36): 283-287, ago. 2009.

SAMPAIO, Carlos Eduardo Peres; RIBEIRO, Dayane de Araújo. Perfil cirúrgico e fatores determinantes das suspensões de cirurgias gerais e ambulatoriais: contribuições para assistência de enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 47(4): 2938-2947, abr./jun. 2012.

SANTOS, Gisele Aparecida Alves Corral; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. *Revista Brasileira Enfermagem*, 70(3): 535-42, nov. 2016.

STURMM, Eniva Miladi Fernandes *et al.* Estressores e sintomas de estresse vivenciados por profissionais em um centro cirúrgico. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 12(1):54-66, jan./mar. 2008.

VENDITES, Soraya; ALMADA-FILHO, Clineo de Melo; MINOSSI, José Guilherme. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. *Revista Brasileira de Cirurgia Digestiva*, 724(5):173-182, 23 mar. 2010.