

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JOÃO VÍTOR DA MOTA SILVA

**A SUSPENSÃO CIRÚRGICA NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E SEGURANÇA
DO CUIDADO DURANTE HOSPITALIZAÇÃO: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS**

BRASÍLIA

2025

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JOÃO VÍTOR DA MOTA SILVA

**A SUSPENSÃO CIRÚRGICA NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E SEGURANÇA
DO CUIDADO DURANTE HOSPITALIZAÇÃO: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e de Serviços em Saúde e em Enfermagem.

Grupo de Pesquisa: Laboratório de Estudos em Gestão dos Serviços de Saúde – LABGEST.

Orientadora: Prof.^a Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

BRASÍLIA

2025

Ficha Catalográfica (Biblioteca)

JOÃO VITOR DA MOTA SILVA

A SUSPENSÃO CIRÚRGICA NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E SEGURANÇA DO
CUIDADO DURANTE HOSPITALIZAÇÃO: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá
Universidade de Brasília
Presidente

Profa. Dra. Lara Mabelle Milfont Boeckmann
Universidade de Brasília
Membro Efetivo

Prof^o. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra
Universidade Federal do Goiás
Membro Externo

Profa. Dra. Simone Roque Mazoni
Universidade de Brasília
Membro Suplente

*Dedico este trabalho
à minha família, pelo apoio constante,
e a todos que, de alguma forma,
contribuíram para a realização deste percurso.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me sustentado em cada etapa desta caminhada. Nos momentos de dúvida e desafio, encontrei em Sua presença o conforto e a coragem para seguir em frente. Sou grato pela vida, pela saúde e pelas oportunidades que me foram concedidas, e por sempre iluminar meu caminho com fé e esperança.

À minha orientadora, Professora Dr.^a Thatianny Paranaguá, minha gratidão por toda a confiança, pela parceria e por me mostrar que é possível enfrentar os desafios com leveza e determinação. Obrigado por acreditar no meu trabalho desde o início, por cada orientação e por ser um exemplo de profissional e ser humano. Muito do que conquistei aqui carrega o reflexo do que aprendi ao seu lado.

À minha mãe, Lucilene, e à minha irmã, Kethelin, obrigado por estarem sempre ao meu lado, pelo apoio em cada etapa e por acreditarem em mim. Ao meu pai, Vicente, que, mesmo não estando mais entre nós, permanece presente em tudo o que faço. Sei que ele me acompanha, me protege e continua me guiando, e carrego comigo a certeza de que ele estaria imensamente orgulhoso desta conquista.

À minha segunda família, que a vida me deu. Ao André, por estar ao meu lado em todos os momentos, me incentivando e me lembrando do quanto sou capaz, seu apoio foi fundamental para essa conquista. À Carla, minha melhor amiga, obrigada por não soltar minha mão nos momentos difíceis, por acreditar no meu potencial e por caminhar comigo em cada fase dessa jornada. À Juliana, à Fernanda, à Grazielle e à Solange, pelo apoio constante, pela amizade verdadeira e por fazerem toda a diferença no meu dia a dia. Sem vocês, essa vitória não teria o mesmo significado.

Agradeço de forma especial a participação dos alunos Anna Clara, Danilo e Laís, do Laboratório de Estudos em Gestão dos Serviços de Saúde da UnB. O comprometimento, a colaboração e o entusiasmo de cada um foram fundamentais para o andamento e o enriquecimento deste trabalho. A presença de vocês, as contribuições e o apoio constante tornaram o processo mais enriquecedor.

Agradeço a todos os professores da Universidade de Brasília que tive a sorte de encontrar pelo caminho, em especial ao Professor Dr. Alisson Bolina e à Professora Dr.^a Katarinne Lima Moraes, pelo conhecimento compartilhado e pelo apoio durante minha trajetória acadêmica.

RESUMO

SILVA, João Vitor da Mota. **A suspensão cirúrgica na experiência do paciente e segurança do cuidado durante hospitalização: estudo de métodos mistos.** 2025. 157p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2025.

Introdução: Embora a intervenção cirúrgica tenha como objetivo salvar vidas, ela envolve riscos inerentes à assistência que podem influenciar a cultura de segurança do paciente. Nesse contexto, a suspensão cirúrgica produz repercussões para os profissionais, para a instituição e, sobretudo, para a segurança do paciente, refletindo diretamente na percepção e na experiência vivenciada ao longo da jornada hospitalar. **Objetivo:** Analisar a relação entre a ocorrência de suspensão de cirurgias, a segurança do cuidado e a experiência do paciente durante a hospitalização em uma instituição pública do Distrito Federal. **Material e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa primária, de métodos mistos, com delineamento sequencial explanatório, sobre a suspensão cirúrgica, realizada com pacientes que tiveram seus procedimentos suspensos no ano de 2023. A coleta de dados ocorreu no modelo sequencial explanatório, entre o segundo semestre de 2024 e o primeiro semestre de 2025. Na primeira fase, de abordagem quantitativa, foi utilizado um instrumento para caracterizar os pacientes, os procedimentos cirúrgicos suspensos e a ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente. Na segunda fase, de abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com pacientes que vivenciaram a suspensão cirúrgica, com o objetivo de compreender a percepção sobre o evento e suas repercussões na experiência de hospitalização e na segurança do cuidado. Posteriormente, realizou-se a triangulação dos métodos, integrando os dados quantitativos e qualitativos para ampliar a compreensão do fenômeno estudado. **Resultados:** Dos 13.129 procedimentos cirúrgicos agendados em 2023, 1.526 (11,62%) foram suspensos. As especialidades que tiveram o maior percentual de suspensão foram a anestesiologia (50%), cirurgia torácica (27,25%) seguida da cirurgia de cabeça e pescoço (25,44%). A principal condição relacionada identificada foi a atuação do cirurgião, responsável por 417 casos (27,33%), em 408 casos, (26,74%), a ficha da suspensão registrou a categoria “outros”, que especificou o fator determinante de forma subjetiva, em seguida, destacaram-se motivos relacionados ao paciente, com 316 casos (20,71%). Além disso, foi possível descrever as percepções dos pacientes de acordo com os motivos que levaram a suspensão cirúrgica. Em relação ao período de prolongamento hospitalar, a média entre a suspensão e a reprogramação cirúrgica foi de 6,74 dias. Dos pacientes que permaneceram hospitalizados, 287 apresentaram pelo menos um incidente registrado em prontuário eletrônico. Na fase qualitativa, foi evidenciado a prioridade institucional de cirurgias de urgência, em detrimento das eletivas, carência de recursos humanos, planejamento deficitário em relação aos exames complementares e de leitos pós-cirúrgicos, além de repercussões emocionais e desconfortos físicos causados pelo jejum prolongado, prejuízo financeiro e falta de comunicação. **Conclusão:** O estudo avalia a taxa de suspensão de cirurgias em uma instituição pública de grande porte do Distrito Federal, evidenciando que esse fenômeno compromete a segurança do paciente ao favorecer a ocorrência de incidentes durante a internação enquanto se aguarda a remarcação do procedimento. Além disso, a suspensão gera impactos significativos na experiência do paciente. Os achados destacam que a comunicação clara, empática e transparente, associada a um planejamento institucional adequado, é fundamental para reduzir danos e favorecer uma vivência mais acolhedora diante dessa situação adversa. **Palavras-chaves:** Segurança do Paciente; Avaliação em Saúde; Gestão em Saúde; Gestão da Segurança; Gestão de Riscos.

ABSTRACT

SILVA, João Vitor da Mota. **Surgical cancellation in patient experience and safety of care during hospitalization: a mixed-methods study.** 2025. 157p. Master's Dissertation – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2025.

Introduction: Although surgical intervention aims to save lives, it involves inherent risks related to healthcare delivery that may influence the patient safety culture. In this context, surgical cancellation produces repercussions for healthcare professionals, healthcare institutions, and, above all, patient safety, directly affecting patients' perception and experience throughout their hospital journey. **Objective:** To analyze the relationship between surgical cancellations, patient safety, and patient experience during hospitalization in a public healthcare institution in the Federal District, Brazil. **Materials and Methods:** This is a primary mixed-methods study with a sequential explanatory design on surgical cancellations, conducted with patients whose procedures were cancelled in 2023. Data collection occurred in two phases, following the sequential explanatory model, between the second semester of 2024 and the first semester of 2025. In the first phase, using a quantitative approach, an instrument was applied to characterize patients, cancelled surgical procedures, and the occurrence of patient safety-related incidents. In the second phase, using a qualitative approach, semi-structured interviews were conducted with patients who experienced surgical cancellation to understand their perceptions of the event and its repercussions on hospitalization experience and patient safety. Subsequently, methodological triangulation was performed, integrating quantitative and qualitative data to broaden the understanding of the studied phenomenon. **Results:** Of the 13,129 surgical procedures scheduled in 2023, 1,526 (11.62%) were cancelled. The specialties with the highest cancellation rates were anesthesiology (50%), thoracic surgery (27.25%), and head and neck surgery (25.44%). The main contributing factor identified was surgeon-related issues, accounting for 417 cases (27.33%). In 408 cases (26.74%), the cancellation form recorded the category "others," describing the determining factor subjectively. Patient-related reasons accounted for 316 cases (20.71%). Patients' perceptions were also described according to the reasons that led to surgical cancellation. Regarding prolonged hospitalization, the mean time between cancellation and surgical rescheduling was 6.74 days. Among hospitalized patients, 287 presented at least one incident recorded in the electronic medical record. In the qualitative phase, findings highlighted institutional prioritization of emergency surgeries over elective procedures, shortage of human resources, inadequate planning related to complementary examinations and postoperative beds, as well as emotional repercussions, physical discomfort caused by prolonged fasting, financial losses, and lack of communication. **Conclusion:** The study evaluates the surgical cancellation rate in a large public healthcare institution in the Federal District, demonstrating that this phenomenon compromises patient safety by increasing the occurrence of incidents during hospitalization while awaiting surgical rescheduling. Furthermore, surgical cancellation significantly impacts patient experience. The findings highlight that clear, empathetic, and transparent communication, combined with adequate institutional planning, is essential to reduce harm and promote a more supportive patient experience in the face of this adverse situation.

Keywords: Patient Safety; Health Evaluation; Health Management; Safety Management; Risk Management.

RESUMEN

SILVA, João Vitor da Mota. **La suspensión quirúrgica en la experiencia del paciente y la seguridad del cuidado durante la hospitalización: estudio de métodos mixtos.** 2025. 157p. Disertación (Maestría) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2025.

Introducción: Aunque la intervención quirúrgica tiene como objetivo salvar vidas, implica riesgos inherentes a la atención sanitaria que pueden influir en la cultura de seguridad del paciente. En este contexto, la suspensión quirúrgica genera repercusiones para los profesionales, para la institución y, sobre todo, para la seguridad del paciente, reflejándose directamente en la percepción y en la experiencia vivida a lo largo de la trayectoria hospitalaria.

Objetivo: Analizar la relación entre la ocurrencia de suspensión de cirugías, la seguridad del cuidado y la experiencia del paciente durante la hospitalización en una institución pública del Distrito Federal, Brasil. **Materiales y Métodos:** Se trata de una investigación primaria, de métodos mixtos, con diseño secuencial explicativo sobre la suspensión quirúrgica, realizada con pacientes cuyos procedimientos fueron suspendidos en el año 2023. La recolección de datos se llevó a cabo siguiendo el modelo secuencial explicativo, entre el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025. En la primera fase, con enfoque cuantitativo, se utilizó un instrumento para caracterizar a los pacientes, los procedimientos quirúrgicos suspendidos y la ocurrencia de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. En la segunda fase, con enfoque cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas con pacientes que experimentaron la suspensión quirúrgica, con el objetivo de comprender su percepción sobre el evento y sus repercusiones en la experiencia de hospitalización y en la seguridad del cuidado. Posteriormente, se realizó la triangulación metodológica, integrando los datos cuantitativos y cualitativos para ampliar la comprensión del fenómeno estudiado. **Resultados:** De los 13.129 procedimientos quirúrgicos programados en 2023, 1.526 (11,62 %) fueron suspendidos. Las especialidades con mayor porcentaje de suspensión fueron anestesiología (50 %), cirugía torácica (27,25 %) y cirugía de cabeza y cuello (25,44 %). La principal condición relacionada identificada fue la actuación del cirujano, responsable de 417 casos (27,33 %). En 408 casos (26,74 %), el formulario de suspensión registró la categoría “otros”, especificando el factor determinante de forma subjetiva. Posteriormente, se destacaron los motivos relacionados con el paciente, con 316 casos (20,71 %). Además, fue posible describir las percepciones de los pacientes de acuerdo con los motivos que llevaron a la suspensión quirúrgica. En relación con el período de prolongación hospitalaria, el promedio entre la suspensión y la reprogramación quirúrgica fue de 6,74 días. De los pacientes que permanecieron hospitalizados, 287 presentaron al menos un incidente registrado en la historia clínica electrónica. En la fase cualitativa, se evidenció la priorización institucional de cirugías de urgencia en detrimento de las electivas, la escasez de recursos humanos, la planificación deficiente respecto a exámenes complementarios y camas posquirúrgicas, además de repercusiones emocionales, molestias físicas causadas por el ayuno prolongado, perjuicio financiero y falta de comunicación. **Conclusión:** El estudio evalúa la tasa de suspensión de cirugías en una institución pública de gran porte del Distrito Federal, evidenciando que este fenómeno compromete la seguridad del paciente al favorecer la ocurrencia de incidentes durante la hospitalización mientras se espera la reprogramación del procedimiento. Además, la suspensión genera impactos significativos en la experiencia del paciente. Los hallazgos destacan que la comunicación clara, empática y transparente, asociada a una planificación institucional adecuada, es fundamental para reducir daños y favorecer una vivencia más acogedora frente a esta situación adversa.

Descriptor: Seguridad del Paciente; Evaluación en Salud; Gestión en Salud; Administración de la Seguridad; Gestión de Riesgos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O modelo do queijo suíço mostra como um acidente pode acontecer ao passar por falhas em várias camadas de proteção. Brasil, 2025.....	24
Figura 2 - Os sete elementos fundamentais para a qualidade. Brasília, 2025.....	37
Figura 3 - Pilares estratégicos no contexto da experiência do paciente. Brasília, 2025.	39
Figura 4 – Ilustração da complementação frente a abordagem de métodos mistos. Brasília, 2025.	42
Figura 5 – Diagrama representativo demonstrando o contexto explanatório. Brasília, 2025	43
Figura 6 - Condições relacionadas à suspensão cirúrgica em hospital público do Distrito Federal – Diagrama de Ishikawa. Brasília, 2025.	48
Figura 7: Fluxograma descrevendo as amostras do estudo quantitativo das cirurgias suspensas em 2023. Brasília, 2025.	61
Figura 8 – Relação entre o período de reprogramação cirúrgica e probabilidade de incidente no ano de 2023. Brasília, 2025.	77
Figura 9 – Probabilidade de incidentes entre suspensão e reprogramação cirúrgica em 2023, segundo especialidade. Brasília. 2025.	83
Figura 11 – Análise de correspondência entre tipos de incidentes e especialidades cirúrgicas em 2023. Brasília, 2025.	85
Figura 12: A árvore da suspensão cirúrgica: o que se registra e o que se sente. Brasília, 2025.	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Representação do desenho da pesquisa, elucidando o delineamento explanatório. Brasília, 2025.....	43
Quadro 2 - Motivos relacionados à suspensão cirúrgica, organizados de acordo com a classificação da condição relacionada. Brasília, 2025.....	48
Quadro 3 - Dimensões avaliadas no instrumento de coleta de dados. Brasília, 2025.....	51
Quadro 4 -Unidades de registro e categorias temáticas. Brasília, 2025.	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: “Tabela Falante” do percentual de suspensão no ano de 2023, integrada com as percepções dos pacientes. Brasília, 2025.....	61
Tabela 2 – Caracterização dos participantes da etapa qualitativa. Brasília-DF, 2025.....	62
Tabela 3 – “Tabela Falante” do percentual de suspensão de cirurgias oncológicas no ano de 2023. Brasília, 2025	63
Tabela 4 – “Tabela Falante” da distribuição dos pacientes conforme a quantidade de vezes que tiveram a cirurgia suspensas em 2023. Brasília, 2025.....	64
Tabela 5 – Distribuição dos pacientes com cirurgias suspensas em 2023 segundo o sexo. Brasília, 2025.....	65
Tabela 6 – Distribuição das cirurgias suspensas em 2023 segundo a raça/cor. Brasília, 2025.....	65
Tabela 7 – Distribuição das cirurgias suspensas em 2023, segundo a classificação cirúrgica. Brasília, 2025.....	66
Tabela 8 – Distribuição das cirurgias suspensas em 2023, segundo o potencial de contaminação. Brasília, 2025.....	66
Tabela 9 – Distribuição das cirurgias suspensas em 2023 segundo o porte. Brasília, 2025..	66
Tabela 10 – Distribuição das cirurgias suspensas em 2023, segundo a finalidade cirúrgica. Brasília, 2025.....	67
Tabela 11 – Distribuição das cirurgias suspensas em 2023 segundo o turno. Brasília, 2025.	67
Tabela 12 – Distribuição das cirurgias suspensas segundo a especialidade. Brasília, 2025..	68
Tabela 13 – Distribuição dos pacientes com cirurgias suspensas em 2023 segundo o desfecho. Brasília, 2025.....	69
Tabela 14: Distribuição das cirurgias suspensas em 2023 segundo os detalhes e condições relacionadas à suspensão. Brasília, 2025.....	71
Tabela 15: “Tabela Falante” do percentual de suspensão cirúrgica entre pacientes submetidos ao jejum, triangulados com dos dados qualitativos em 2023. Brasília, 2025.....	78
Tabela 16 - Suspensões cirúrgicas associadas a incidentes de segurança do paciente por especialidade no ano de 2023. Brasília. 2025.....	82
Tabela 17 – Distribuição dos tipos de incidentes relacionados à segurança do paciente. Brasília, 2025.....	83

LISTA DE SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APÊND. – Apêndice

CAA – Componente de Assistência Ambulatorial

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CA – Análise de Correspondência

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CH – Componente Hospitalar

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

DPS – Desvio Padrão Simples

EAS – Estabelecimento Assistencial de Saúde

HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal

HDB – Hospital Distrital de Brasília

IC – Intervalo de Confiança

ICPS – *International Classification for Patient Safety* (Classificação Internacional para a Segurança do Paciente)

IGES-DF – Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal

IRAS – Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

JCAH – *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*

JCI – *Joint Commission International*

LR χ^2 – Estatística do Qui-quadrado de Razão de Verossimilhança (*Likelihood Ratio Chi-Square*)

MMAT – *Mixed Methods Appraisal Tool* (Instrumento de Avaliação de Métodos Mistos)

MPDFT – Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

MSP – Ministério da Saúde Pública

MS – Ministério da Saúde

NOTIVISA – Sistema de Notificações da Vigilância Sanitária

NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais

PNRF – Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

QUAN – Quantitativo (na notação de métodos mistos)

qual – Qualitativo (na notação de métodos mistos)

R – Software R (ambiente estatístico e linguagem de programação)

R^2 – Coeficiente de Determinação

R Core Team – Equipe responsável pelo desenvolvimento da linguagem R

REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

SESDF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização

SRPA – Sala de Recuperação Pós-Anestésica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnB – Universidade de Brasília

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

INTRODUÇÃO	18
OBJETIVOS	22
GERAL	22
ESPECÍFICOS	22
REFERÊNCIAL TEÓRICO	23
CAPÍTULO 01 - SEGURANÇA DO PACIENTE: CONCEITOS, CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL E CULTURA ORGANIZACIONAL.....	23
CAPÍTULO 02 - HISTÓRICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE E O CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA.....	28
CAPÍTULO 03 - ATENÇÃO CIRÚRGICA E SEGURANÇA DO PACIENTE: REFLEXÕES SOBRE OS DESFECHOS ASSISTENCIAIS	32
CAPÍTULO 04 - ASPECTOS DA QUALIDADE DO CUIDADO E DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE	36
MATERIAL E MÉTODOS	41
TIPO DE ESTUDO	41
DESCRIÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO	45
POPULAÇÃO DO ESTUDO E FONTE DE DADOS	46
DEFINIÇÃO OPERACIONAL E VARIÁVEIS.....	48
INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	51
PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	53
ANÁLISE DOS DADOS.....	56
INTERAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS	59
QUESTÕES ÉTICAS	60
RESULTADOS	61
DISCUSSÃO	91
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	108
CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM E SAÚDE	109
CONCLUSÃO	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	129
APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUALITATIVOS	133
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	134
APÊNDICE D: TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM OU VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS.....	136
ANEXO A	138
ANEXO B	154

APRESENTAÇÃO

A segurança do paciente é um tema que sempre despertou meu interesse desde a graduação em enfermagem, ganhando ainda mais relevância durante as minhas residências nas áreas de centro cirúrgico e cardiologia. Nestes setores, onde a complexidade dos processos assistenciais exige rigorosas práticas de proteção e segurança, pude observar a fragilidade presente tanto na assistência quanto nos processos de trabalho.

Durante a residência, as suspensões cirúrgicas despertaram atenção pelos números elevados e pelo aumento do tempo de internação, evidenciando que, embora o tema seja frequentemente abordado sob a perspectiva financeira e organizacional dos serviços de saúde, ainda há pouca discussão sobre seus impactos na experiência e nas repercussões para os pacientes.

A lacuna na discussão sobre os impactos das suspensões cirúrgicas nos pacientes despertou o interesse em estudar a segurança e a experiência do paciente, buscando dar visibilidade às consequências desses eventos, especialmente quando evitáveis. Somou-se a isso a experiência pessoal ao acompanhar a hospitalização do pai, que evidenciou fragilidades na assistência e fortaleceu a motivação para aprofundar os estudos na temática.

Na atuação no Ministério da Saúde, observa-se que a segurança do paciente ainda representa uma fragilidade em âmbito nacional. Apesar dos avanços normativos, das políticas públicas e da valorização crescente do tema, persistem desafios relacionados à cultura de segurança, à organização dos processos de trabalho, à implementação efetiva de estratégias de prevenção de incidentes e ao planejamento orçamentário. Esse cenário reforça a necessidade de fortalecer a integração entre gestores, profissionais e usuários, promovendo mudanças que ultrapassem o cumprimento de protocolos e favoreçam um cuidado mais seguro, ético e humanizado.

A relevância deste estudo está diretamente ligada ao crescente reconhecimento da segurança do paciente como um dos pilares fundamentais para a qualidade da assistência em saúde. As suspensões cirúrgicas representam um importante desafio para os serviços de saúde, impactando não apenas a gestão e a eficiência operacional, mas principalmente a experiência e o desfecho dos pacientes. Compreender os múltiplos efeitos dessas suspensões é essencial para o desenvolvimento de estratégias que minimizem riscos, evitem sofrimento desnecessário e promovam um cuidado mais seguro e humanizado. Dessa forma, esta pesquisa contribui para o avanço do conhecimento e para a melhoria das práticas assistenciais em um contexto que exige cada vez mais atenção e responsabilidade na gestão do cuidado perioperatório.

INTRODUÇÃO

A suspensão cirúrgica é um importante indicador dentro dos processos de gestão em saúde, e a depender da sua proporção, tem o poder de impactar a qualidade dos serviços de saúde e na segurança do paciente. Neste contexto, a suspensão cirúrgica pode ser considerada um evento adverso, que na maioria das vezes, influencia nos desfechos assistenciais e na experiência do indivíduo (Araújo *et al.*, 2019; Paranaguá *et al.*, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), eventos adversos são situações que acontecem durante o cuidado à saúde e que acabam causando algum tipo de sofrimento ou prejuízo para o paciente. Esse dano pode afetar o corpo, questões sociais ou emocionais, podendo incluir desde doenças e lesões até incapacidades temporárias ou permanentes, e até o óbito (WHO, 2009a).

Os fatores que levam à suspensão cirúrgica variam dependendo da peculiaridade do serviço, da especialidade e do procedimento proposto. Na maioria das vezes, a comunicação entre o usuário e os profissionais é ineficiente, e o motivo da suspensão cirúrgica não é relatado ao próprio paciente, o que pode corroborar para o surgimento de sentimentos e experiência negativa frente ao serviço e equipe de saúde (Costa *et al.*, 2021; Conteratto *et al.*, 2020).

O paciente que tem o seu procedimento cirúrgico suspenso está submetido a uma série de repercussões como o tempo de jejum prolongado, a suspensão desnecessária de medicamentos no período pré-operatório, a alterações psíquicas, a consequências socioeconômicas devido ao afastamento de atividades laborais, e por fim, ao tempo de internação prolongado ou internação desnecessária, caso tenha dado entrada no serviço de saúde apenas para a realizar o procedimento cirúrgico (Brito *et al.*, 2022; Gonçalves *et al.*, 2020).

Os estudos que investigaram internações em geral mostraram que os pacientes cirúrgicos estão mais expostos à ocorrência de eventos adversos, de acordo com a pesquisa realizada em uma instituição na Suíça. O que foi confirmado também por um estudo realizado na China, que demonstrou que pacientes submetidos aos cuidados cirúrgicos têm mais chances de serem acometidos com eventos adversos relacionados à segurança do paciente, quando comparados aos pacientes que necessitam de cuidados clínicos (Halfon *et al.*, 2017; Hu *et al.*, 2019).

No contexto cirúrgico, uma pesquisa realizada em um Hospital Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com o objetivo de descrever a prevalência de incidentes sem danos e eventos adversos em uma clínica cirúrgica, estimou para incidentes sem danos a prevalência de 82% e para eventos adversos de 18,7%. Adicionalmente, observou-se que os

pacientes submetidos a suspensão cirúrgica e que precisavam de reagendamento eram expostos a maior tempo de hospitalização (Paranaguá *et al.*, 2013).

Além da suspensão cirúrgica ser considerada um evento adverso, que pode ou não ser evitável a depender da sua causa raiz, há uma associação com o prolongamento hospitalar. Indivíduos que permanecem hospitalizados por mais de três dias têm duas vezes mais chances de apresentar eventos adversos durante a internação. Esse risco aumenta sete vezes quando o período de hospitalização ultrapassa onze dias (Paranaguá *et al.*, 2013; Faria *et al.*, 2023; Luna *et al.*, 2022).

Considerando a influência da suspensão cirúrgica no tempo de internação, o que por sua vez, resulta em maior exposição a patógenos devido às condições do ambiente hospitalar, estima-se que esse tempo decorrente da exposição possa colaborar com a incidência de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde (IRAS), o que contribui para maiores taxas de mortalidade (Paula *et al.*, 2021; Covre *et al.*, 2019; Brito *et al.*, 2022).

Diante do diagnóstico de situações e grupos específicos que podem aumentar o risco de uma segurança fragilizada, foi identificado que os idosos estão propensos à ocorrência de eventos adversos durante a internação hospitalar. Ao avaliar individualmente a variável tempo de internação, observou-se que pacientes idosos hospitalizados por mais de nove dias apresentam uma probabilidade 34 vezes maior de vivenciar eventos adversos (Teixeira *et al.*, 2018).

Pacientes que permanecem hospitalizados por um período mais longo estão mais expostos ao risco de eventos adversos. Por outro lado, quando esses eventos ocorrem, eles também podem provocar a necessidade de uma internação ainda mais longa. Portanto, forma-se um ciclo em que o tempo de hospitalização e a ocorrência de eventos adversos se influenciam mutuamente (Oliveira *et al.*, 2021; Assis *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2023).

A revisão sistemática de Conteratto *et al.* (2020) revela que, embora tenham sido identificados fatores relacionados à suspensão cirúrgica, não houve relato das ações adotadas pelos profissionais de saúde frente às suspensões. Além disso, não foi mencionada a associação entre a suspensão e a notificação de incidentes relativos à segurança do paciente no período que compreende desde a suspensão até a realização de um novo procedimento cirúrgico.

Neste sentido, para promover o fortalecimento da cultura de segurança na instituição deve-se envolver o paciente no seu próprio cuidado, promover sua participação no processo terapêutico como integrante da equipe, além de considerar suas opiniões no planejamento dos

cuidados. Essas ações podem criar experiências mais positivas e seguras, evitando danos e promovendo um atendimento mais humanizado (Báo, 2022; Rodrigues, 2023).

Portanto, entender e atender às necessidades, expectativas e preocupações dos pacientes e de suas famílias ajudam a criar uma relação mais saudável, empática e colaborativa entre eles e os profissionais de saúde. Isso faz com que os pacientes se sintam mais motivados a colaborar com o tratamento, além de usar os recursos e serviços de saúde de forma mais racional e eficiente. Essas ações também contribuem para fortalecer a confiança dos usuários dentro do sistema e dos serviços de saúde (Kobra, 2024).

O envolvimento de pacientes e familiares na criação e na implementação de ações que visam reduzir riscos e evitar erros no atendimento tem sido visto como uma estratégia importante para melhorar a qualidade do cuidado e a segurança do paciente (Brasil, 2021). Nesse contexto, Villar, Martins e Rabello (2022) ressaltam que o paciente pode agir como uma barreira ativa e efetiva na prevenção de incidentes nos serviços de saúde, conforme o modelo das barreiras de segurança no modelo de queijo suíço proposto por *Reason*. Além disso, os usuários e seus familiares desempenham um papel fundamental na avaliação e monitoramento das ações realizadas, contribuindo para aprimorar a segurança do cuidado.

Essa ideia se baseia no entendimento de que o paciente e sua família estão presentes em todos os momentos do cuidado, mesmo na fragmentação do cuidado, quando há a participação de vários profissionais e, muitas vezes, de diferentes instituições (Rodrigues, 2023).

Foi observada uma associação significativa entre a experiência do paciente, a efetividade clínica e a segurança do cuidado, demonstrando que a fragilidade na qualidade e segurança no atendimento pode repercutir negativamente tanto para os pacientes quanto para seus familiares. Nesse sentido, a qualidade do cuidado e a segurança do paciente são componentes essenciais e indissociáveis da experiência vivenciada (Kroening et al., 2015; Wolf et al., 2021). Rodrigues (2023) enfatiza que o cuidado seguro constitui a base indispensável para a promoção da segurança do paciente.

A valorização da experiência do paciente é fundamental porque promove o protagonismo do indivíduo no seu próprio cuidado, incentivando a comunicação aberta e a tomada de decisão compartilhada. Uma experiência positiva contribui para maior adesão as medidas terapêuticas, melhora os desfechos clínicos, aprimora a confiança e estreita os vínculos entre pacientes e profissionais de saúde. Somando a isso, compreender e responder às expectativas dos pacientes permite que os serviços de saúde se tornem mais humanizados, eficientes e centrados nas

necessidades dos usuários, o que é essencial para a melhoria contínua da qualidade e segurança do cuidado (Báo, 2022; Rodrigues, 2024).

De forma a gerar informações sobre o reflexo da suspensão cirúrgica na segurança dos usuários e nos serviços de saúde, a presente proposta tem como hipótese que a ocorrência de suspensão cirúrgica expõe o paciente a incidentes, número que aumenta à medida que se prolonga o período de internação. A pesquisa tem como pergunta norteadora: como a suspensão de cirurgias se relaciona com a segurança do cuidado e a experiência do paciente durante a hospitalização em uma instituição pública do Distrito Federal? Frente ao aumento do número de cirurgias realizadas no mundo e, conseqüentemente, à elevação da taxa de suspensão cirúrgica, o presente estudo buscará levantar um diagnóstico situacional capaz de produzir evidências que favoreçam o desenvolvimento de estratégias preventivas em relação a novas ocorrências de suspensão cirúrgica. Convergingo com um movimento atual mundial, no contexto do cuidado centrado no paciente, o estudo também possibilitará trazer a perspectiva de impacto sob o olhar do paciente, favorecendo a promoção de mudanças organizacionais e estruturais para a abordagem do evento adverso do tipo suspensão cirúrgica, com foco na entrega de valor ao paciente.

Através da caracterização dos procedimentos cirúrgicos, dos pacientes e do levantamento de incidentes, poderão ser identificadas amostras de risco frente à segurança, sendo assim, possível a interferência da equipe de saúde para mitigar riscos e prevenir danos evitáveis aos pacientes.

As informações geradas poderão subsidiar e sensibilizar as autoridades de saúde e a gestão hospitalar na elaboração de estratégias destinadas ao fortalecimento e implantação dos protocolos. Esses instrumentos visam à redução da taxa de suspensão cirúrgica, o que promoverá maior segurança do paciente, além de melhorar os indicadores dentro das instituições de saúde e aprimorar o avanço da qualidade do serviço.

OBJETIVOS

GERAL

- Analisar a relação entre a ocorrência de suspensão de cirurgias, a segurança do cuidado e a experiência do paciente durante a hospitalização em uma instituição pública do Distrito Federal.

ESPECÍFICOS

- Estimar a taxa de suspensão cirúrgica.
- Caracterizar o perfil dos pacientes que tiveram procedimento cirúrgico suspenso.
- Descrever as causas e o perfil das cirurgias que foram suspensas.
- Identificar a ocorrência de incidentes de segurança ocorridos após a suspensão de cirurgia até a reprogramação cirúrgica.
- Analisar a relação entre o tempo de internação hospitalar e a ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente
- Analisar a percepção dos pacientes frente aos fatores relacionados à suspensão cirúrgica e sua relação com a experiência e segurança do paciente.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

Esta seção do trabalho aborda os principais conceitos e linhas de pensamento que fundamentam teoricamente a questão em estudo. Para isso, o conteúdo foi estruturado em quatro seções: 1) Segurança do Paciente: Conceitos, Classificação Internacional e Cultura Organizacional 2) Histórico da Segurança do Paciente e o Contexto da Assistência Cirúrgica 3) Atenção Cirúrgica e Segurança do Paciente: Reflexões sobre os Desfechos Assistenciais e, 4) Aspectos da Qualidade do Cuidado e da Experiência do Paciente.

CAPÍTULO 01 - SEGURANÇA DO PACIENTE: CONCEITOS, CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL E CULTURA ORGANIZACIONAL

A segurança do paciente é um tema bastante discutido e em crescente destaque no cenário global. Envolve um conjunto de ações e estratégias adotadas pelos serviços de saúde com o objetivo de reduzir ao máximo os riscos de danos evitáveis durante a prática assistencial. O conceito de segurança do paciente está diretamente relacionado à proteção do paciente contra erros e incidentes que possam ocorrer dentro dos ambientes de saúde, assegurando que o cuidado prestado seja o mais seguro possível (Brasil, 2014).

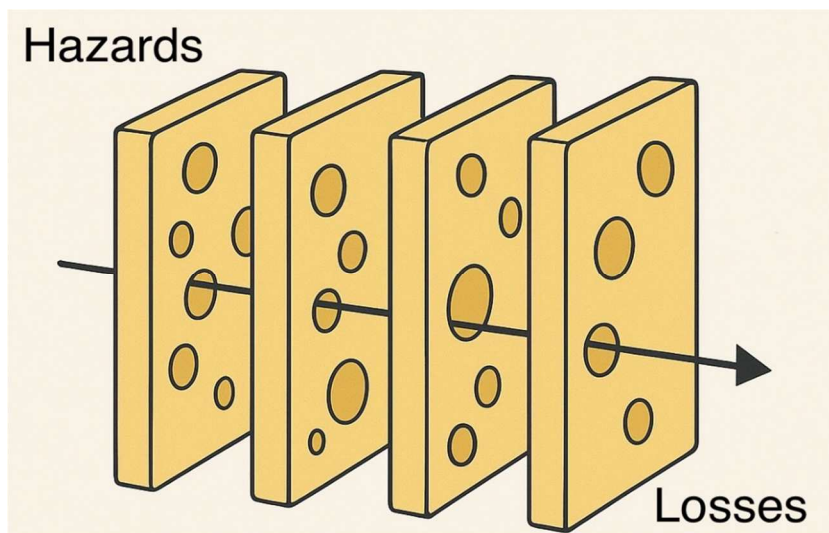
Em 1999, um relatório divulgado pelo *Institute of Medicine* (IOM), dos Estados Unidos, chamado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” chamou a atenção do mundo para a necessidade urgente de reduzir erros na assistência à saúde. O documento revelou um dado alarmante: cerca de 100 mil pessoas morriam todos os anos, nos hospitais americanos, por falhas evitáveis ocorridas durante a hospitalização (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000).

Para entender as ações que podem levar aos erros humanos, o psicólogo britânico *James Reason* propôs duas abordagens, a centrada na pessoa, que atribui as falhas a atitudes individuais como distração ou negligência e costuma adotar punições e treinamentos como resposta, e a centrada no sistema, que reconhece que erros são inevitáveis e busca criar ambientes mais seguros, com barreiras e defesas capazes de proteger pacientes e profissionais, mesmo quando falhas ocorrem (Reason, 2000).

A fim de exemplificar essa ideia, *Reason* desenvolveu o famoso Modelo do Queijo Suíço (Figura 1). Nele, cada camada de defesa, como protocolos, equipamentos de segurança ou profissionais treinados é comparada a uma fatia de queijo suíço, que contém buracos que significam falhas ou vulnerabilidades. Um acidente só ocorre quando esses buracos se alinham em várias camadas, permitindo que o erro atravesse todas as defesas e cause danos. Nas

instituições de saúde, diversas barreiras de segurança podem falhar, mas é possível prevenir que os eventos adversos ocorram se várias camadas de proteção estiverem alinhadas corretamente (Reason, 2000).

Figura 1 – O modelo do queijo suíço mostra como um acidente pode acontecer ao passar por falhas em várias camadas de proteção. Brasil, 2025.



Fonte: adaptado de Reason, 2000.

Reason também destaca que sistemas seguros devem adotar uma cultura justa e de aprendizado, onde os profissionais possam relatar erros e *nearmisses* sem medo de punição. Essa cultura é essencial para identificar falhas recorrentes, prevenir novos incidentes e aprimorar a segurança nos serviços de saúde. Investir em defesas robustas, condições de trabalho adequadas e uma cultura de segurança sólida é o caminho para construir organizações mais confiáveis (Reason, 2000).

A partir do modelo de *Reason*, o tema da segurança do paciente ganhou força e passou a ser debatido em vários países. Com o tempo, os profissionais e pesquisadores perceberam que havia muitas definições diferentes para termos como “erro em saúde” e “evento adverso”, o que dificultava a comunicação e o avanço nas pesquisas. Para enfrentar esse desafio, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*), que reúne 48 conceitos principais e propõe uma linguagem comum, reconhecida internacionalmente (Reason, 2000; WHO, 2009b).

Uma classificação é composta por uma série de conceitos interligados através de relações semânticas, servindo para organizar fluxos por meio de informações que podem ser

aplicadas em diversos contextos, como estatísticas nacionais, estudos descritivos e pesquisas avaliativas. Além disso, proporciona a categorização de informações para aplicações em estudos epidemiológicos, construção de políticas públicas, planejamento institucional, criação e desenvolvimento de sistemas de notificação (WHO, 2009b; Melgarejo; Mastroianni; Varallo, 2019).

Os dados provenientes desses sistemas, sejam eles novos ou preexistentes, podem ser agregados e analisados para identificar fatores de risco, alertar sobre problemas reais ou potenciais, e avaliar políticas e práticas institucionais. A análise coletiva das experiências de diferentes organizações oferece subsídios para decisões mais eficazes diante de incidentes semelhantes, além de apoiar o desenvolvimento de ações governamentais em diferentes níveis do sistema de saúde (WHO, 2009b; WHO, 2021).

Diante da categorização, a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente prevê ainda os tipos de incidentes em áreas como administração clínica, processo e/ou procedimento clínico, documentação, infecções associadas à assistência em saúde, medicação e/ou fluidos endovenosos, sangue e/ou hemoderivados, nutrição, oxigênio e/ou gás e/ou vapor, dispositivos médicos e/ou equipamentos médicos, comportamento, acidente do paciente, infraestruturas e/ou edifícios e/ou instalações e recursos e/ou gestão organizacional (WHO, 2009b).

A ICPS ainda não se constitui como uma classificação finalizada. Trata-se, no momento, de uma estrutura conceitual que busca orientar a construção de uma classificação internacional, oferecendo uma compreensão básica de determinados conceitos relacionados à segurança do paciente. Desta forma, é possível permitir a articulação com classificações já existentes em âmbitos local, nacional e global (Melgarejo; Mastroianni; Varallo, 2019; WHO, 2021).

O *Global Patient Safety Report*, é o primeiro relatório da OMS a oferecer uma visão abrangente sobre a implementação da segurança do paciente em todo o mundo. Foi identificado que cerca de 70% dos países já possuem sistemas para relatar incidentes de segurança do paciente, além da cultura de aprender com os eventos notificados. Porém, o relatório não detalha quais classificações ou taxonomias esses sistemas utilizam na prática, o que dificulta avaliar a padronização e a possibilidade de comparação dos dados entre países. Um aspecto importante ressaltado no documento é o desenvolvimento futuro de uma nova taxonomia que terá como foco principal o aprendizado, buscando aprofundar a compreensão dos mecanismos que causam os incidentes e dos fatores envolvidos. Essa iniciativa representa um avanço significativo em

relação à atual ICPS, visto que pretende ir além da simples categorização, busca promover um entendimento mais profundo dos eventos, contribuindo assim para a melhoria da segurança no cuidado (WHO, 2024).

Entre os conceitos-chave definidos pela ICPS e traduzidos pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente, destacam-se: segurança do paciente, compreendida como a redução do risco de dano desnecessário a um mínimo aceitável; dano, como qualquer comprometimento da estrutura ou função do corpo, ou efeitos decorrentes; e risco, como a probabilidade de ocorrência de um incidente. Incidente é definido como evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano ao paciente. A classificação ainda contempla a “circunstância notificável”, que se refere a uma situação com potencial de causar dano; o *near miss*, que é o incidente que não atingiu o paciente; o incidente sem lesão, que o atinge sem causar danos; e o evento adverso, que tem como desfecho o dano ao paciente (WHO, 2009b).

As falhas na segurança do paciente podem resultar em desfechos negativos, tornando essencial a identificação das causas, a mensuração e a análise dos fatores envolvidos. Essas práticas são fundamentais para o desenvolvimento de metodologias eficazes que visem à prevenção e à mitigação de incidentes. Nesse contexto, o uso de uma taxonomia padronizada, como a ICPS, é estratégico, pois permite categorizar e descrever os tipos de incidentes, facilitando a coleta, comparação e análise de dados em diferentes serviços de saúde. A padronização promovida pela taxonomia contribui para a construção de uma linguagem comum e para o aprimoramento contínuo da qualidade assistencial (WHO, 2014; Brasil, 2014).

Com o objetivo de monitorar e avaliar esses eventos adversos, em 2019 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) lança a nota técnica nº 05 que aborda sobre as orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à saúde. O ponto de partida para qualquer sistema de relatório de incidentes é uma linguagem comum. A fim de associar o Sistema de Notificação em Vigilância em Saúde (SNVS) com as informações do Núcleo de Segurança do paciente (NSP), o país adota o sistema NOTIVISA, que está disponível em todo o território nacional (Anvisa, 2019).

O sistema Notivisa foi criado em 2006 com a finalidade de receber, registrar e processar notificações de incidentes, eventos adversos e reclamações técnicas relacionadas a produtos e serviços sob vigilância sanitária. No final daquele ano, foi lançada uma plataforma eletrônica que permite a comunicação de problemas técnicos e eventos adversos envolvendo

medicamentos, dispositivos médicos, cosméticos, saneantes e outros produtos sujeitos à fiscalização sanitária (Brasil, 2014; Anvisa, 2019).

O sistema de notificação é digital e funciona em todo o país. Pode ser utilizado por órgãos e instituições em diferentes níveis de governo, como municipal, estadual, distrital e federal. Sua implementação segue as orientações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e faz parte das ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, criado oficialmente pela Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009, do Ministério da Saúde (WHO, 2009a; Anvisa, 2019).

No entanto, a efetividade dessas notificações depende diretamente do engajamento dos profissionais e da cultura institucional vigente. A busca por melhorar a qualidade do atendimento e garantir um cuidado mais seguro reforça a necessidade de que os erros não sejam encarados com punições por parte da gestão, já que isso pode gerar medo entre os profissionais e dificultar a rotina de notificação de incidentes. Por isso, sugere-se a análise desses eventos com base em ferramentas de gestão da qualidade, identificando as etapas suscetíveis ao erro e aplicando estratégias de caráter educativo. Com essa condução, torna-se possível estruturar ou ajustar a cultura de segurança com mais solidez e qualidade (Sanchis *et al.*, 2020).

A cultura de segurança pode ser compreendida como a percepção e o entendimento que os profissionais de saúde, tanto individualmente quanto em equipe, possuem sobre a relevância de assegurar um cuidado seguro. Essa cultura se estabelece por meio de valores, atitudes e condutas que evidenciam o comprometimento institucional com a criação e a manutenção de um ambiente assistencial confiável. Tal comprometimento não se limita à proteção do paciente, mas também contempla a segurança dos profissionais e o fortalecimento da própria organização, exercendo influência direta sobre os comportamentos adotados e os resultados alcançados na prática assistencial (Schuh, Krug, Possuelo 2020; Prieto; Fonseca; Zem-Mascarenhas, 2021).

Nos últimos anos, temos visto um movimento global cada vez mais forte pela segurança do paciente. Isso aconteceu principalmente por causa de estudos que mostraram como os erros durante o atendimento e eventos inesperados podem afetar a saúde e a vida das pessoas que utilizam os serviços de saúde. Nesse contexto, as áreas de cirurgia ganharam ainda mais atenção, já que procedimentos cirúrgicos, por serem mais complexos, apresentam riscos maiores e precisam de cuidados mais rigorosos. Neste sentido, protocolos foram construídos com o objetivo de subsidiar estratégias que aumentam a segurança e corroboram para a prevenção de danos (WHO, 2009a; Silva *et al.*, 2020).

Uma iniciativa importante foi o “Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente – Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, lançado pela Organização Mundial da Saúde em 2009. Essa ação destacou a importância de seguir práticas padronizadas, utilizar *checklists* e promover uma cultura organizacional que priorize a segurança durante a assistência cirúrgica, visando sempre reduzir os riscos e proteger o usuário. Portanto, entender como a segurança do paciente foi evoluindo ao longo da história e como ela se aplica na prática cirúrgica é fundamental. Essa evidência torna possível compreender de forma mais aprofundada os desafios que enfrentamos e as estratégias que têm sido adotadas nos sistemas e nos serviços de saúde.

CAPÍTULO 02 - HISTÓRICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE E O CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA

A cirurgia é o ramo da medicina que busca a cura por meio de ações manuais. Antigamente, o procedimento cirúrgico era o recurso utilizado em último caso em pacientes onde outros tipos de terapias já não eram mais eficazes. Durante anos, os cirurgiões foram considerados inferiores aos médicos clínicos, além da prática cirúrgica ser considerada “baixa e impura”. Durante a Idade Média, foram realizados diversos procedimentos cirúrgicos de caráter paliativo, o conhecimento da complexidade anatômica não era eficiente e, geralmente, os procedimentos eram realizados nas extremidades, visto que o sistema nervoso central, abdome e outras cavidades eram zonas temidas pelos cirurgiões (Amato, 2005; Possari, 2011).

A evolução das técnicas cirúrgicas no mundo é um reflexo da troca de conhecimentos entre diferentes civilizações. A medicina romana, muito influenciada pela grega, foi um dos suportes para o avanço das práticas de saúde atuais. A passagem das práticas médicas da Grécia para Roma aconteceu de forma ascendente, diante da recepção de ideias antigas e de métodos cirúrgicos criados por diversas culturas (Silva *et al.*, 2020; Braile; Godoy, 2012).

Naquela época, não existia preocupação com métodos assépticos, os procedimentos cirúrgicos eram realizados em lugares improvisados, nas próprias residências dos pacientes ou dos cirurgiões, em acampamentos de batalha e, até, em embarcações de guerra. Quando o tratamento cirúrgico era a única opção terapêutica, três grandes obstáculos eram temidos pelos cirurgiões: a dor, a hemorragia e a infecção. Diante disso, os avanços foram direcionados para reduzir a dor durante o procedimento cirúrgico, controlar a hemorragia e os avanços de assepsia foram estudados principalmente após a alta mortalidade causada pela febre puerperal, as medidas foram direcionadas para diminuir o dano ao paciente e promover maior eficácia do procedimento realizado (WHO, 2009a; Possari, 2011).

Neste sentido, o cuidado com a segurança do paciente pode parecer uma preocupação recente, entretanto, desde à antiguidade, como evidenciado por Hipócrates (460 a 370 a.C.), já se reconhecia a importância de evitar danos aos pacientes. Desde então, essa noção de responsabilidade e prudência no cuidado tem sido valorizada pela medicina. Além disso, a percepção de que os profissionais de saúde poderiam causar danos aos pacientes, também reflete a preocupação com a qualidade e a ética no cuidado (Possari, 2011; Silva *et al.*, 2020).

Diante do contexto de evolução do cuidado e da segurança do paciente, destaca-se o papel fundamental de Florence Nightingale, enfermeira inglesa, que atuou durante a guerra da Criméia, que ocorreu entre 1853 e 1856. Ela assumiu um papel fundamental na promoção de melhores condições sanitárias para os doentes ao implementar medidas para garantir um ambiente limpo e seguro, o que resultou na significativa redução dos óbitos e aumentou a segurança diante do cuidado oferecido. Seu trabalho destacou a importância da segurança do paciente e da qualidade nos cuidados de saúde, influenciando práticas de enfermagem e contribuindo para avanços na saúde pública. Nessa mesma perspectiva, Louis Pasteur em 1864, descobriu princípios básicos da microbiologia e revolucionou o combate das infecções através de medidas higiênicas. Essas descobertas ajudaram a consolidar a prática da segurança assistencial para redução de danos como um campo essencial das instituições de cuidado à saúde (Lopyola; Rosane, 2021; Anvisa, 2017).

Apesar da cultura de prevenção de danos estar presente subjetivamente na sociedade contemporânea, ainda se fazem necessárias medidas de conscientização e prevenção a fim de garantir a segurança do paciente. Entre as medidas encorajadas, a segurança cirúrgica apresenta problemas extensos e globais, como por exemplo, a complexidade dos procedimentos em detrimento da disponibilidade de tecnologias em regiões socioeconomicamente vulneráveis e a quantidade de procedimentos realizados diariamente, que podem aumentar a probabilidade de erros em unidades que possuem fragilidades durante os processos assistenciais (Sanchi *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2020).

Na década de 1990, no Brasil, iniciou-se nas instituições públicas e privadas, um remodelamento nos planos estratégicos para a incorporação de programas na área de qualidade e segurança do paciente e desta forma, promover uma assistência de qualidade e livre de danos (Donabedian, 1994).

Um cuidado de qualidade, de acordo com Avedis Donabedian, é aquele que oferece o melhor bem-estar possível ao paciente, considerando o equilíbrio entre os benefícios e os danos ao longo de todo o processo. Em sua última publicação, Donabedian destaca que a qualidade

do cuidado depende da ciência e da tecnologia e a aplicação desses elementos nas práticas de saúde. A qualidade do cuidado envolve características como eficácia, eficiência, aceitabilidade e equidade, que, quando avaliadas, indicam a magnitude da qualidade dos serviços (Donabedian, 1994; Anvisa, 2017).

Em maio de 2002, foi realizada a 55^o Assembleia Mundial da Saúde, onde foi aconselhado pela Organização Mundial da Saúde estratégias que visavam um maior foco nos interesses que envolviam a segurança do paciente. Após dois anos, em 2004, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. O intuito dessa Aliança era contribuir para melhor desempenho de políticas públicas e de ações assistenciais capazes de promover um cuidado mais seguro aos usuários dos sistemas de saúde (WHO, 2009a).

Como base na criação desta aliança, um estudo realizado em 56 estados membros da Organização Mundial de Saúde, identificou que a proporção anual de procedimentos cirúrgicos foi 234,2 milhões de procedimentos de grande porte, o que corresponde a uma cirurgia por ano para cada 25 seres humanos vivos. Após analisar esses indicadores, foi observado uma alta incidência (22%) de complicações cirúrgicas, sendo que a metade dos eventos adversos encontrados poderiam ter sido evitados (Weiser *et al.*, 2008).

Importante destacar que, em 2006 a Organização Mundial de Saúde junto a *Joint Commision International* (JCI), criaram as Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente e que, a 4^a meta se refere a “Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos”. Em 2009, dentro do “Segundo Desafio”, são estabelecidos os “10 Objetivos Essenciais para a Segurança Cirúrgica”, dentro do programa “Cirurgia Segura Salvam Vidas”, que diz respeito a diversos tópicos como, operar o paciente certo, no local certo, a equipe estar preparada para lidar com complicações, acondicionar e identificar peças cirúrgicas, entre outros (WHO, 2009a).

Esse programa está inserido nos Desafios Globais da Organização Mundial de Saúde, que são ferramentas criadas para promover um cuidado mais seguro ao paciente. São programas organizados a cada dois anos, destinados a destacar tópicos específicos para uma área de risco identificada. O primeiro Desafio Global está relacionado a infecções relacionadas com a assistência em saúde, já o Segundo Desafio Global denominado como “Cirurgia Segura Salvam Vidas”, iniciado em 2007, é direcionado para práticas e manejo da cirúrgica segura dentro dos serviços de saúde (Alpendre *et al.*, 2017; WHO, 2009a).

Com base nos 10 objetivos essenciais para a segurança cirúrgica, foi criada o *checklist* de cirurgia segura, com o objetivo de reduzir eventos adversos relacionados ao cuidado cirúrgico, complicações operatórias e conseqüentemente os óbitos evitáveis. A implementação apresenta baixo custo financeiro, é prática, rápida e pode ser adaptada a diferentes cenários, culturas e serviços de saúde (WHO, 2009a).

O *Checklist* de Cirurgia Segura integra o conjunto de protocolos obrigatórios previstos na RDC nº 36/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. A primeira etapa, chamada *Sign In*, ocorre antes da indução anestésica e envolve a confirmação de informações relacionadas ao paciente, avaliação de riscos e verificação de equipamentos e medicamentos. A segunda, o *Time Out*, é realizada antes da incisão cirúrgica e consiste em uma “pausa” para que toda a equipe confirme verbalmente os dados do paciente, da equipe de saúde e do procedimento, revise pontos críticos e confirme medidas preventivas. Por fim, o *Sign Out*, antes da saída do paciente da sala, inclui a conferência do procedimento realizado, a contagem de materiais utilizados no procedimento, a correta identificação de amostras biológicas e o registro de ocorrências, assegurando que as informações essenciais sejam comunicadas para a continuidade do cuidado seguro (WHO, 2009a; Brasil, 2013a).

Em um estudo realizado em Londres, observou-se que grande parte dos pacientes eram favoráveis à adesão do *checklist* caso fossem submetidos a algum procedimento cirúrgico. Além disso, foi identificada uma percepção favorável quando se correlacionou a aplicação do *checklist* com a sensação de segurança. Por fim, também foi relatado pelos pacientes que uma comunicação eficaz reduz os incidentes durante a assistência cirúrgica (Russ et al., 2014).

O envolvimento do paciente no processo de segurança cirúrgica vai além da assinatura do consentimento livre e esclarecido, geralmente aplicado para o procedimento anestésico e cirúrgico, sendo possível incluí-lo ativamente nas etapas iniciais do *Checklist* de Cirurgia Segura. As diretrizes da OMS recomendam que, sempre que possível, o paciente confirme verbalmente sua identidade, o procedimento a ser realizado e o local da cirurgia. Evidências demonstram que essa participação é bem aceita, que os pacientes a percebem como uma medida que reforça sua segurança e confiança no cuidado prestado (WHO, 2009a; Russ et al., 2014; Almeida; Rodrigues, 2019).

No Brasil, com o objetivo de atuar como uma estratégia de políticas públicas para melhorar a qualidade da assistência aos pacientes, foi criado em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), estabelecido pela Portaria MS/GM nº 529. O programa busca a qualificação do cuidado à saúde em todas as instituições brasileiras, sejam públicas ou

privadas, alinhando-se às diretrizes da 57ª Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial de Saúde. O Brasil, como membro da Organização Mundial de Saúde, está presente no processo de decisões globais em saúde, incluindo nas ações direcionadas à segurança do paciente (Brasil, 2013b).

A assistência cirúrgica, mesmo evoluindo de maneira significativa ao longo dos séculos, ainda representa uma das áreas de maior complexidade e risco dentro da assistência à saúde. A elevada frequência de eventos adversos relacionados a procedimentos cirúrgicos, aliada à magnitude dos danos potenciais, justifica a necessidade de se consolidarem estratégias específicas para o fortalecimento da segurança do paciente no âmbito cirúrgico (Ministério da Saúde, 2013; Brito *et al.*, 2022).

Desta forma, analisar os desfechos assistenciais vinculados à segurança cirúrgica favorece a identificação de lacunas e possibilita o aprimoramento contínuo dos processos de cuidado, especialmente em países que, como o Brasil, ainda enfrentam desafios estruturais e de gestão na consolidação de sistemas de saúde seguros e de alta qualidade (Gonçalves *et al.*, 2020; Brito *et al.*, 2021).

Por meio dessas reflexões, é possível reconhecer que a atenção cirúrgica segura não se limita à adoção de protocolos técnicos, mas requer um ambiente organizacional que valorize a cultura de segurança, o monitoramento permanente de indicadores e o compromisso institucional com a mitigação de riscos e a promoção do cuidado centrado no paciente (Sanchi *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2020).

CAPÍTULO 03 - ATENÇÃO CIRÚRGICA E SEGURANÇA DO PACIENTE: REFLEXÕES SOBRE OS DESFECHOS ASSISTENCIAIS

A complexidade da assistência perioperatória envolve diversas metas voltadas à segurança do paciente. No contexto do centro cirúrgico, destacam-se as ações voltadas à promoção do cuidado e da assistência segura. Para que isso seja alcançado, é fundamental o controle e o monitoramento de indicadores de gestão, os quais auxiliam na organização dos processos de trabalho (WHO, 2009a).

A suspensão cirúrgica é um importante indicador de gestão e qualidade na assistência em saúde. Diversos fatores podem levar ao cancelamento de procedimentos cirúrgicos, os quais podem ser classificados conforme a organização e os processos da instituição de saúde. Entre os principais motivos estão: falhas relacionadas aos processos administrativos, ausência ou

insuficiência de recursos humanos, infraestrutura e/ou equipamentos hospitalares e fatores relacionados ao próprio paciente (Gonçalves *et al.*, 2020).

Mudanças no planejamento operatório podem ter como desfecho a suspensão do procedimento cirúrgico proposto. Portanto, na maioria das vezes, os pacientes são informados sobre a suspensão por telefone ou por outros meios de comunicação. Quando existe a necessidade de internação pré-operatória para melhor preparação antes do procedimento, o paciente é informado da suspensão dentro do ambiente hospitalar e, muitas vezes, é submetido à admissão hospitalar e jejum desnecessário. Somando a isso, a suspensão cirúrgica no ambiente intra hospitalar pode levar a um efeito emocional grave, impacto na rotina, intervenções desnecessárias relacionadas ao preparo cirúrgico, além de prolongar o tempo de internação hospitalar (Gonçalves *et al.*, 2020; Brito *et al.*, 2022).

A suspensão de cirurgias eletivas no Sistema Único de Saúde (SUS) representa um desafio significativo para a gestão hospitalar e repercute diretamente no aumento do tempo de espera dos pacientes. Cada procedimento adiado gera um efeito em cascata, o que resulta no prolongamento da fila cirúrgica e compromete a resolutividade da assistência. Além disso, a suspensão pode acarretar piora do quadro clínico do paciente, aumento da demanda por leitos e maior utilização de recursos hospitalares (Araújo; Ribeiro, 2024).

Em relação à extensão das filas de espera para procedimentos cirúrgicos, diversas falhas contribuem para a dificuldade na efetivação desses atendimentos. Entre os principais obstáculos estão questões relacionadas aos critérios de encaminhamento, à indisponibilidade de leitos, ao crescimento da demanda, além da demanda reprimida acumulada. Soma-se a esses fatores, questões relacionadas ao processo de comunicação entre a instituição reguladora e o sistema de regulação, bem como a suspensão cirúrgica propriamente dita, que, ao interromper o fluxo esperado da assistência, agrava o tempo de espera e contribui para o aumento da sobrecarga no sistema (Silva *et al.*, 2022; Gonçalves *et al.*, 2020).

Em junho de 2025, no Distrito Federal, o número de solicitações em lista de espera da regulação por procedimentos de saúde alcançou 1.093.483, diante de uma população estimada em 3.094.325 habitantes. Esse volume expressivo representa um desafio relevante para a regulação do acesso aos serviços de média e alta complexidade, evidenciando a sobrecarga do sistema e a necessidade de estratégias mais eficazes para gestão da fila. A discrepância entre a demanda acumulada e a capacidade de resposta da rede assistencial compromete a equidade, a integralidade do cuidado e o tempo oportuno de atendimento, impactando diretamente na

experiência e na qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2025; Araújo; Ribeiro, 2024).

Essa crise evidencia a fragilidade do SUS nos últimos anos, não apenas do Distrito Federal. Em razão disso, a Portaria GM/MS Nº 2.336, de 12 dezembro de 2023 é criada para estabelecer recursos a serem disponibilizados aos Estados e ao Distrito Federal. É definido o montante de R\$ 1.200.000.000,00 (um bilhão e duzentos milhões de reais), a ser disponibilizado, em parcela única, aos Estados e ao Distrito Federal através do Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas (PNRF) (Brasil, 2023).

Assim, o PNRF já realizou 1.268.050 cirurgias no Brasil, durante o período de fevereiro a dezembro de 2024. Sendo a região Sudeste com o maior percentual de cirurgias realizadas (37%), em seguida encontram-se a região Sul (27%), a região Nordeste (25%), a região Norte (7%), e a região Centro Oeste (4%). Porém a crescente demanda por cirurgias ainda ultrapassa o limite de capacidade dos serviços de saúde, havendo a falha na integralidade e universalidade do cuidado (Brasil, 2025).

Com o objetivo de aprimorar esse processo, o programa “Agora Tem Especialistas”, lançado em 2025, é uma iniciativa do Ministério da Saúde e do Governo Federal que tem como principal objetivo reduzir o tempo de espera por atendimentos no Sistema Único de Saúde. A ação faz parte das políticas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, que busca promover um atendimento mais ágil e eficiente para a população. Dentre as diversas ações ofertadas pelo programa, uma delas é encurtar o tempo de espera para os procedimentos cirúrgicos (Brasil, 2025).

O tempo de espera para resolução de problemas de saúde é elemento crítico nos sistemas universais de saúde por ser um indicador da oferta e da qualidade de serviços para a população. Para o paciente, essa espera causa angústia por não ter seu problema tratado adequadamente, além de causar complicações, como o agravamento do seu estado inicial e, até a morte. Para o profissional de saúde e para o hospital, essa espera acarreta maior complexidade no procedimento cirúrgico, eleva os custos assistenciais, aumenta o tempo de internação, contribui para a insatisfação dos usuários, além de impactar negativamente na imagem institucional e na experiência do paciente (Bittencourt *et al.*, 2020; Araújo; Ribeiro, 2024).

Neste sentido, ao analisar o tempo de prolongamento hospitalar, Silva *et al.*, (2021) descreveu que o número de incidência de eventos adversos foi de 3,82 por 100 pacientes/dia. Além disso, observou-se que 57,2% dos eventos adversos ocorreram nas enfermarias. Por outro

lado, Roque; Tonini e Melo (2016), demonstraram um percentual de incidentes com dano ainda maior, de 9,3 eventos por 100 pacientes/dia, e a ocorrência de evento adverso impactou no aumento do tempo de internação em aproximadamente 19 dias. Já a meta análise de Eggenschwiler *et al.* (2022) encontrou um coeficiente de incidência de 30 incidentes com dano a cada 100 internações/dia.

Desta forma, o prolongamento do usuário no ambiente hospitalar enquanto aguarda a reprogramação cirúrgica, eleva o risco de incidentes relacionados à segurança do paciente. Observa-se que aqueles que sofreram eventos adversos tiveram, em média, um tempo maior de permanência hospitalar em comparação aos pacientes que não apresentaram tais eventos. A ocorrência de evento adverso constitui um grave problema na assistência prestada nos serviços de saúde, e pode contribuir para maior número de intervenções, aumento do tempo de internação e maior taxa de mortalidade (Roque; Tonini; Melo, 2012).

No Brasil, segundo os dados do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa), entre junho de 2019 e maio de 2020, foram registrados 151.442 incidentes relacionados à assistência à saúde. A cada ano, nos Estados Unidos, acontecem em torno de 1,5 milhão de eventos adversos que poderiam ser evitados, além de um gasto de aproximadamente 3,5 bilhões de dólares em todo o país (Vilela, 2016; WHO, 2017).

Um estudo observacional avaliou a classificação dos eventos adversos em um hospital público. Foi observado que os eventos adversos evitáveis ocorreram em 99% dos incidentes com danos descritos. Em 29,3% dos pacientes que sofreram alguns eventos adversos, tiveram o óbito como desfecho, neste grupo, 94,2% apresentavam indícios de relação ou causalidade entre o evento adversos e a ocorrência do óbito (Lima Júnior *et al.*, 2023).

Sabemos que, mesmo sendo evitáveis, o ambiente hospitalar pode facilitar a ocorrência de certos incidentes por vários motivos. O sofrimento que poderia ter sido evitado e a sensação de insegurança resultantes dessas falhas prejudicam a confiança no sistema de saúde. Por isso, as instituições de saúde precisam fazer um esforço para reduzir ao máximo a repercussão desses eventos negativos na trajetória do paciente. Nesse contexto, atualmente, tem sido debatido a importância da mensuração da experiência do paciente durante o seu período no serviço de saúde (Rodrigues, 2023; Bão et al., 2023).

Diante dessa situação, Bão et al., (2023) ressalta que é importante entender que a qualidade do cuidado nos serviços de saúde está diretamente ligada à experiência que o paciente tem durante todo o seu atendimento. Portanto, quando há suspensão de cirurgias, aumento no tempo de hospitalização ou qualquer outro incidente que coloca a segurança em risco, esses

problemas não afetam só os números e os procedimentos técnicos das instituições, mas também influenciam na percepção do paciente frente ao cuidado que recebeu.

Para Rodrigues, (2023) para estimar a experiência dos usuários é preciso reconhecer sua trajetória dentro do serviço de saúde, seja em tempo integral ou em algum período específico. Um episódio ilustrativo seria identificar como uma informação foi passada pelos profissionais da saúde diante de alguma situação específica e como o indivíduo conseguiu assimilar e perceber o que foi dito.

Por isso, é fundamental adotar estratégias integradas que garantam não só a segurança e a eficiência dos processos, mas também um atendimento acolhedor, respeitoso e humanizado. Assim, fortalecer a cultura de segurança do paciente e valorizar a escuta atenta às experiências dos usuários são passos essenciais para melhorar a qualidade do cuidado prestado, tornando-o mais resolutivo, seguro e centrado nas necessidades do indivíduo (Schuh; Krug; Possuelo, 2020; Rodrigues 2023; Vale et al., 2024).

CAPÍTULO 04 - ASPECTOS DA QUALIDADE DO CUIDADO E DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

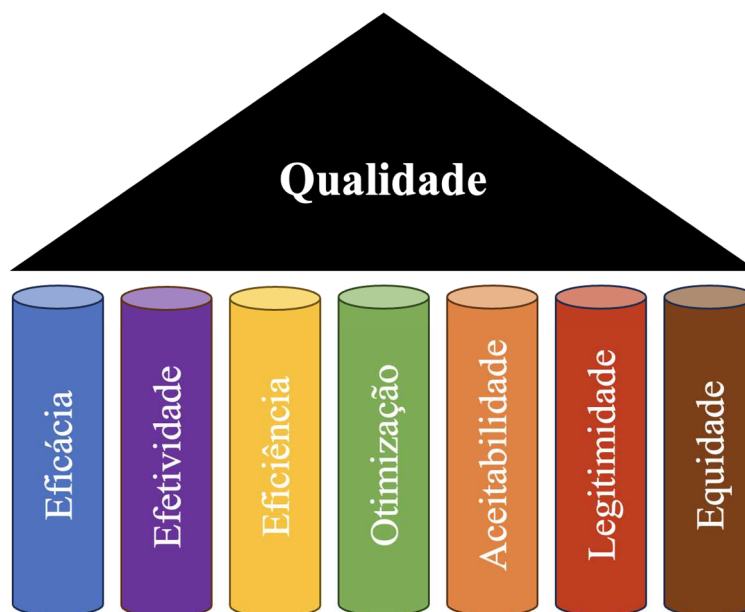
A evolução da qualidade do cuidado ocorreu de forma linear com a segurança do paciente. O exemplo já citado foi o de Florence Nightingale, que, durante a Guerra da Crimeia, em 1854, promoveu mudanças no ambiente em busca de melhorar a qualidade do cuidado e, conseqüentemente, conseguiu elevar a segurança dos pacientes. No século seguinte, em 1960, foi instituída a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), um instituto americano de natureza privada, que tinha como objetivo construir padrões de qualidade no serviço de saúde. A instituição tinha interesse de cunho capitalista e buscava diminuir os custos financeiros, principalmente no contexto judicial decorrente de processos relacionados aos erros médicos. Posteriormente, essa instituição deixou de atuar apenas no âmbito hospitalar e foi ampliada para todas as densidades tecnológicas dos serviços de saúde (Donabedian, 1990; Righi; Schmidt; Venturini, 2010).

No Brasil, em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio do SUS foi possível assegurar a todos os cidadãos o direito de acessar serviços de saúde com qualidade e eficiência. Com a transformação da saúde em um direito, o acesso aos serviços de saúde foi expandido para toda a população, entretanto, durante a ampliação desse sistema de saúde não

foi dada a devida importância em ofertar cuidados seguros e de qualidade. A fragilidade do cuidado integral desse sistema pode ser visualizada por meio das longas filas de espera para exames e/ou procedimentos e superlotação das instituições de saúde (Volpato et al., 2010).

Portanto, em busca de garantir um cuidado integral, os gestores e colaboradores devem avaliar a qualidade da estrutura e dos serviços disponibilizados. Avedis Donabedian, pioneiro nos estudos de qualidade e avaliação em saúde, conceitua a qualidade do cuidado como obter maior benefícios em comparação aos riscos decorrentes dos processos de trabalho relacionados à assistência em saúde. O pesquisador defende que a qualidade do cuidado está relacionada aos sete elementos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Donabedian, ainda nos dias de hoje, tem suas definições utilizadas por diversas organizações (Donabedian, 1990; Righi; Schmidt; Venturini, 2010).

Figura 2 – Os sete elementos fundamentais para a qualidade. Brasília, 2025.



Fonte: Adaptado de Donabedian (1990).

A eficácia é descrita por Donabedian (1990) como oferecer o melhor possível dentro dos recursos e condições disponíveis. Entretanto, a efetividade é aprimorar os processos relacionados à saúde, dentro do que se espera ter como desfecho na rotina dos sistemas e dos serviços. A eficiência é a mensuração dos desfechos, que levanta o valor gasto do que foi implementado e o ganho atingido, nesse pilar está incluído a otimização, que avalia a relação custo-benefício. A aceitabilidade é um pilar subjetivo e dependente de todos os anteriores, ela

está relacionada com as avaliações dos pacientes e de seus familiares. De forma semelhante, à legitimidade tem o mesmo contexto da aceitabilidade, mas relacionado à comunidade geral, onde a avaliação pode ser diferente do resultado descrito pelos usuários. Por fim, a equidade representa um valor ético fundamental e um aspecto essencial do cuidado, tão relevante que precisa ser reconhecida de forma destacada como um dos pilares da qualidade (Donabedian, 1990; Larson et al., 2019).

Ressalta-se que a qualidade do cuidado está relacionada à experiência do paciente. Pacientes que vivenciam uma experiência positiva tendem a ser melhores protagonistas do seu próprio cuidado, o que aumenta a segurança e a qualidade da assistência prestada, destacando que, os próprios pacientes quando engajados são barreiras protetoras importantes para minimizar as ocorrências de incidentes relacionados à segurança do paciente. Além disso, quando se trata de autocuidado, pacientes comprometidos e engajados nesse contexto demandam menos de intervenções relacionadas à saúde (Villar; Martins; Rabello, 2022; Rodrigues; Roscani; Barbosa, 2024).

O *The Beryl Institute* conceitua a experiência do paciente como a vivência integral dentro de uma instituição hospitalar, que é moldada por uma cultura organizacional estabelecida. Tal instituto é uma comunidade global, instituída por profissionais que atuam na área da saúde, engajados em apoiar e estimular a melhoria da experiência do paciente na assistência à saúde, e desta forma, aprimorar o cuidado centrado no paciente (*The Beryl Institute*, 2019).

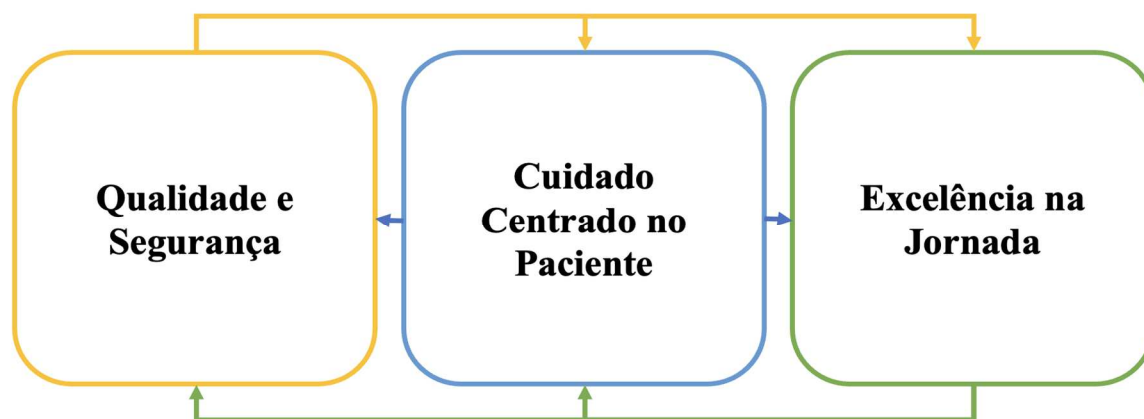
A experiência do paciente é conhecida como um fenômeno complexo, sustentado por oito pilares importantes: I) Cultura e liderança, que diz respeito a líderes engajados que incentivam a cultura organizacional centrada no cuidado humanizado; II) Infraestrutura e Governança, que propõe processo de trabalho e governança eficientes, com vistas à experiência do paciente; III) Engajamento dos Colaboradores e Corpo Clínico, que diz respeito aos profissionais motivados e alinhados com a missão e objetivo em ofertar atendimento de qualidade; IV) Políticas e Métricas, que está relacionado aos indicadores bem definidos assim como políticas que aprimoram a experiência do paciente; V) Ambiência, que considera a construção de espaços acolhedores formando um local de confiança, ajudando assim a melhorar a experiência do paciente; VI) Inovação e Tecnologia, que busca apoiar as tecnologias para melhoria da comunicação, melhorando os processos da organização; VII) Engajamento do Paciente, Família e Comunidade, diz respeito à importância da participação do paciente e sua família, já que o cuidado é além do indivíduo e impacta diretamente no resultado do cuidado;

VIII) Qualidade e Excelência Clínica, que busca a garantia de boas práticas, baseada em evidências científicas (*The Beryl Institute*, 2019).

Vale destacar que esses princípios estão alinhados com os valores e diretrizes da Organização Mundial da Saúde e ambos reconhecem que a experiência do paciente vai além do momento do atendimento, incluindo aspectos de segurança que influenciam diretamente na percepção de qualidade do serviço oferecido e no valor do cuidado recebido. Essa abordagem entende que a experiência do paciente começa já no acesso aos serviços de saúde e não termina na consulta ou procedimento. Assim, um resultado positivo depende de um cuidado integral, que promove o bem-estar, gera confiança e garante um serviço de qualidade tanto para o paciente quanto para sua comunidade. Todas as ações devem ser realizadas com respeito, fazendo com que o paciente seja protagonista do seu próprio cuidado, buscando sempre uma relação de confiança mútua (Larson et al., 2019).

Rodrigues (2023) relata que para os sistemas e os serviços de saúde coordenarem ações relacionadas à experiência do paciente, devem ser considerados três pilares estratégicos:

Figura 3 – Pilares estratégicos no contexto da experiência do paciente. Brasília, 2025.



Fonte: Adaptado de Rodrigues; Roscani; Barbosa, 2024

No âmbito da experiência do paciente, estudos demonstram que quanto melhor for essa experiência, menor tende a ser a taxa de mortalidade, infecção hospitalar, erros relacionados à assistência em saúde, além de melhorar o prognóstico, a capacidade de realizar atividades diárias e a qualidade de vida. Por isso, mensurar a experiência do paciente virou uma estratégia fundamental para mostrar mudanças reais na forma de como os cuidados de saúde são

oferecidos e também para avaliar a qualidade dos serviços. Essa avaliação é uma parte essencial das inovações no setor da saúde (Berry, 2019; Doyle; Lennox; Bell, 2013).

Os dados mostram que a experiência do paciente tem uma relação direta com a eficácia do tratamento e com a segurança. Isso reforça a importância de considerar a experiência do paciente como um dos principais pilares para garantir a qualidade nos cuidados de saúde. Atualmente, ela está instituída como indicador utilizado para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Entender os fatores que afetam essa experiência pode ajudar os profissionais de saúde a desenvolverem ações mais eficazes e direcionadas, melhorando o atendimento dos usuários (Doyle; Lennox; Bell, 2013; Guan et al., 2024).

Reconhecendo a conexão entre a segurança do paciente e a qualidade de sua experiência, De Vos et al, (2021) observa que os problemas relatados pelos pacientes, quando associados à ocorrência de incidentes, estão relacionados a experiências negativas. Bezerra et al. (2016) realizou entrevista com pacientes e familiares em uma clínica cirúrgica e identificou que 17,5% deles constataram algum incidente relacionado à segurança do paciente durante sua internação. Ainda há muita resistência dos profissionais em reconhecer que o paciente é um aliado importante para disseminar a cultura de segurança e reduzir a ocorrência de incidentes.

Dessa forma, dando continuidade à explanação de De Vos et al., (2021), a integração entre os dados de segurança aos dados de experiência do paciente pode revelar maneiras de otimizar o atendimento. O indivíduo quando engajado se envolve mais no cuidado e está atento à assistência prestada. Considerando tais aspectos, maior atenção deve ser dada ao respeito às preferências, continuidade e transição do paciente, particularmente quando ocorrem complicações ou incidentes.

Considerando esse panorama, identificar os motivos que ocasionaram à suspensão cirúrgica é de suma importância para a criação de estratégias e protocolos efetivos para reduzir o percentual desse indicador. Posteriormente, levantar e caracterizar os incidentes que aconteceram no intervalo entre a suspensão e a realização do procedimento, facilita a conscientização sobre os riscos associados à prorrogação do período de internação hospitalar decorrente do adiamento cirúrgico e a repercussão desse tempo adicional na segurança do paciente.

Além disso, é esperado que os resultados deste estudo contribuam para um conhecimento mais extenso da repercussão da suspensão cirúrgica na segurança e na experiência do paciente, fornecendo dados essenciais para a gestão organizacional no sentido de promover melhor qualidade do cuidado para a população que sofreu a suspensão.

MATERIAL E MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa primária, de métodos mistos, com abordagem sequencial explanatória, sobre suspensão cirúrgica. Para a avaliação da qualidade metodológica, o estudo foi fundamentado no *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), versão 2018. O enfoque da pesquisa de método misto é sistematizar e integrar processos da pesquisa qualitativa e quantitativa, sem alterar suas estruturas originais. Ao utilizar esse tipo de método, espera-se uma variedade maior de perspectivas do problema em relação à frequência e dimensão com o levantamento de dados quantitativos, assim como complexidade e profundidade na fase qualitativa (Sampieri; Collado; Lucio, 2013; Hong et al., 2019).

O estudo de coorte não concorrente, na etapa quantitativa, seguiu as diretrizes *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para relatos de estudos observacionais (Malta et al., 2010) e foi utilizado para analisar a taxa das suspensões cirúrgicas e a ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente. É um tipo de pesquisa observacional no qual os indivíduos foram expostos a uma determinada condição e são acompanhados durante um intervalo de tempo, com o objetivo de avaliar se a exposição tem influência em causar o desfecho analisado. Desta forma, a razão de incidência pode ser levantada dentro da população ou amostra estudada (Romanowski; Castro e Neris, 2019).

A classificação como estudo não concorrente, ou histórica, se dá quando a exposição a um evento ou fator de interesse ocorreu no passado e, por meio de registros anteriores, é realizado o acompanhamento até um passado recente ou presente, observando-se então o desfecho final. Nessa pesquisa, a abordagem foi escolhida com o objetivo de acompanhar os pacientes por meio de dados secundários, para verificar se a exposição teve, de fato, alguma influência sobre o desfecho analisado (Creswell, 2015; Romanowski; Sampieri; Collado; Lúcio, 2013).

Na fase qualitativa, o estudo seguiu os critérios do checklist *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* COREQ para garantir a qualidade do relato da pesquisa qualitativa (Souza; Nascimento, 2021). Nessa etapa, busca-se a melhor aproximação com o objeto estudado e, na maioria das vezes, utiliza-se essa abordagem para explorar as profundidades e compreender questões propostas pelo estudo. Esse tipo de método é mais maleável e pode ser moldado ao longo da pesquisa. Neste caso, a etapa qualitativa busca completar e explicar a etapa de mensuração com maior riqueza de informações do ponto de vista dos participantes, logo que, não se tem muitas informações acerca da perspectiva dos

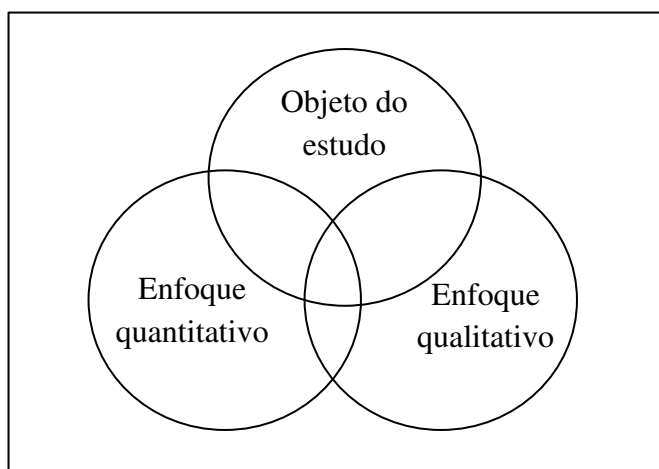
pacientes frente à correlação de suspensão cirúrgica e segurança do paciente (Minayo, 2014; Conteratto *et al.*, 2020). No presente estudo, a abordagem qualitativa será utilizada para desvelar o impacto das suspensões cirúrgicas na experiência do paciente durante a hospitalização, sob perspectiva dos próprios pacientes.

Os autores Sampieri; Collado; Lúcio, (2013) relatam que o método misto acontece por meio de técnicas de coleta, observação e combinação de estratégias quantitativas e qualitativas em um mesmo método de pesquisa. A conciliação desse procedimento permite um maior impacto analítico. Na perspectiva sequencial, diferentes a concomitante, existe uma assimetria temporal entre o levantamento de dados quantitativos e qualitativos. No modelo sequencial explanatório, a coleta de dados qualitativa acontece após a etapa quantitativa.

A justificativa para o uso de métodos mistos está principalmente na compensação, extensão, amostragem, ilustração e clareza. Portanto, procura-se neutralizar as fragilidades e fortalecer as potencialidades de algum método, defender uma visão mais holística em determinados processos, facilitar a amostragem da etapa qualitativa com apoio da etapa quantitativa, explicar de outra forma os produtos levantados e identificar a existência de relações ocultas que não foram analisadas com o uso de um só método (Creswell; Clark, 2015; Sampieri; Collado; Lucio, 2013).

A figura 4 ilustra o argumento citado anteriormente considerando o uso da abordagem de métodos mistos.

Figura 4 – Ilustração da complementação frente a abordagem de métodos mistos. Brasília, 2025.

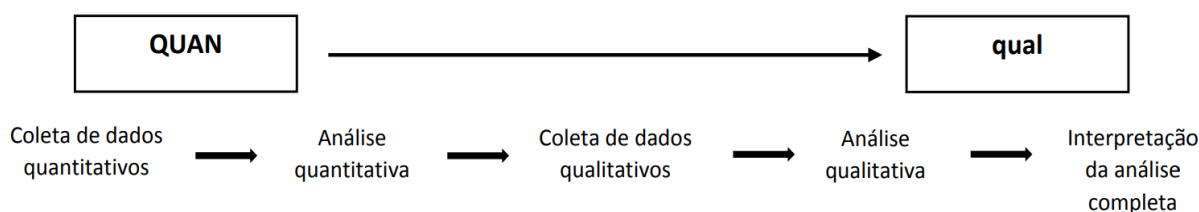


Fonte: Adaptado de Gorard e Taylor (2004).

Diante do exposto, será possível analisar o impacto da suspensão cirúrgica em relação a novas ocorrências de incidentes e, ainda, levantar a percepção do paciente em relação ao impacto dessa suspensão na sua segurança e experiência durante hospitalização.

Existe um sistema de notação utilizado para determinar a prioridade e peso dos métodos utilizados no estudo, onde as letras maiúsculas representam a etapa priorizada e a seta demonstra a etapa realizada na sequência (Sampieri; Collado; Lucio, 2013). O presente estudo apresenta-se com a conotação QUAN→qual e seu contexto explanatório está representado na Figura 5.

Figura 5 – Diagrama representativo demonstrando o contexto explanatório. Brasília, 2025



Fonte: Adaptado de Sampieri; Collado e Lúcio, 2013.

Nessa perspectiva, o objetivo geral do estudo de métodos mistos é utilizar a estrutura qualitativa para completar a etapa quantitativa. Primeiro, o pesquisador realiza a coleta de dados quantitativos através do instrumento de coleta de dados proposto. Portanto, vale lembrar que a segunda fase é fundamentada a partir dos resultados da primeira (Creswell, 2015).

O Quadro 1 apresenta o delineamento da pesquisa, detalhando as etapas do estudo, os procedimentos metodológicos adotados e os respectivos produtos obtidos em cada fase, possibilitando uma visão sistematizada e organizada do desenvolvimento da investigação.

Quadro 1 – Representação do desenho da pesquisa, elucidando o delineamento explanatório. Brasília, 2025.

Tipo de Estudo	Pesquisa de Métodos Mistos com Triangulação Sequencial Explanatório de Dados
Cenário	Hospital de Base do Distrito Federal

QUANTITATIVO	Fase		Técnicas/Procedimentos	Produtos
	Coleta de dados quantitativos	Transversal	1) Levantamento dos pacientes que foram submetidos à suspensão cirúrgica	1) Mensurações
		Coorte retrospectiva	1) Análise do prontuário em busca de incidentes relacionados à segurança do paciente	1) Modelo de regressão 2) Análise de Correspondência
	População		1.526 suspensões cirúrgicas, sendo 354 pacientes elegíveis para análise de prontuário	
	Análise de dados quantitativos		1) Estatística Descritiva 2) Análise Bivariada 3) <i>Software R</i>	1) Investigação de variabilidade 2) Associação entre as variáveis
	Definição dos resultados para dar segmento à 2ª etapa		1) Apresentação do perfil dos pacientes e das cirurgias, caracterização da ocorrência de incidentes de segurança, mensuração do tempo de permanência hospitalar entre a suspensão e a reprogramação cirúrgica.	1) Síntese de evidências e demonstração através de gráficos e tabelas

QUALITATIVO	Coleta de dados qualitativos	Exploratório	1) Entrevista semiestruturada Saturação dos dados	1) Agenda e atividades da entrevista semiestruturada 2) Interação do participante frente às perguntas propulsoras
	Participantes		17 pacientes	
	Análise de dados qualitativos		1) Codificação e análise	1) Análise de Conteúdo
MISTO	Inferências dos resultados quantitativos e qualitativos		1) Integração e explanação dos resultados quantitativos e qualitativos 2) Uso da metodologia “tabelas que falam”	1) Resultados e discussão 2) Inferências

Fonte: Adaptado de Crewell, 2013.

DESCRIÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO

Em 12 de setembro de 1960 foi fundado o primeiro Hospital Distrital de Brasília – HDB. Devido ao serviço de alta complexidade e qualidade, o HDB se tornou referência para muitas regiões do Brasil. No ano de 1976 foi estabelecido o plano primário e o atendimento especializado de âmbito hierarquizado foi implantado, e o Hospital Distrital passa a se chamar Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) (SESDF, 2022).

Atualmente, o HBDF é o maior hospital do Centro Oeste e tem seus leitos totalmente dedicados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Seu Centro Cirúrgico é formado por 16 salas

operatórias e realiza atualmente cirurgias das especialidades: cirurgia vascular, cirurgia torácica, cirurgia geral, cirurgia oncológica, cirurgia do trauma, cirurgia cardíaca, cirurgia do aparelho digestivo, neurocirurgia, oftalmologia, cabeça e pescoço, coloproctologia, nefrologia, mastologia, bucomaxilofacial, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, urologia (SESDF, 2013).

A escolha dessa instituição foi baseada no tamanho do bloco cirúrgico, sendo o maior do Distrito Federal e o elevado número de procedimentos cirúrgicos realizados. Além disso, o Hospital de Base realiza procedimentos de maior complexidade que não são feitos em outros hospitais regionais, como por exemplo a cirurgia cardíaca e a neurocirurgia (SESDF, 2022).

POPULAÇÃO DO ESTUDO E FONTE DE DADOS

A população do estudo foi composta pelos pacientes que tiveram o procedimento cirúrgico suspenso na instituição no período de janeiro de 2023 a dezembro de 2023. No ano de 2019, segundo o Relatório Anual de Avaliação do Contrato de Gestão, o local do estudo realizou 7.129 cirurgias programadas e obteve uma taxa suspensão cirúrgica de 24,83%, em 2020 o número de procedimentos programados foi de 5.006 e a taxa de suspensão aumentou para 25,20%. Em 2021, foram realizadas 8.453 cirurgias, entretanto, a taxa de suspensão não foi mensurada, pois os dados do relatório não foram publicados. Em 2022, realizaram-se 10.452 procedimentos cirúrgicos eletivos, mas, da mesma forma, não houve registro da taxa de suspensão (SESDF, 2022).

Para a mensuração da taxa de suspensão cirúrgica, foram incluídos os pacientes que passaram pela experiência de terem procedimentos cirúrgicos suspensos no centro cirúrgico, independentemente da especialidade médica e possuir formulário de suspensão cirúrgica.

Na análise de prontuário em busca de incidentes relacionados à segurança do paciente foi utilizado como critério de inclusão pacientes com mais de 18 anos que passaram pela experiência de terem procedimentos cirúrgicos suspensos no centro cirúrgico, independentemente da especialidade médica, ter realizado o procedimento cirúrgico proposto após suspensão na mesma internação, possuir formulário de suspensão cirúrgica ou evolução da suspensão cirúrgica em prontuário eletrônico.

Laudos e exames laboratoriais não foram utilizados como fontes de pesquisa. Não foram avaliados os prontuários dos pacientes que tiveram a cirurgia suspensa e receberam alta no mesmo dia, ou seja, a suspensão cirúrgica não prolongou o período de internação hospitalar.

O prontuário eletrônico apresenta uma série de vantagens dentro da coleta de dados secundários, é uma fonte rica e disponível de informações e acesso por um longo período, baixo custo quando comparado com outros métodos de levantamento de dados, além de muitas vezes ser o único método para acessar informações passadas. Outro fator favorável a esse tipo de coleta de dados é a dispensação de contato com sujeitos da pesquisa. Sabe-se que muitas vezes o acesso ao indivíduo é difícil e as informações do estudo podem ser afetadas (Sampieri; Collado; Lucio, 2013; Pereira, 2018).

Entretanto, o levantamento de dados secundários por meio da análise de prontuário eletrônico também apresenta limitações. As críticas estão relacionadas a subjetividades das informações descritas, descrições incompletas e subnotificação. É importante analisar criticamente os dados secundários, visando identificar inconsistências e destacar a qualidade das informações, variações na classificação de casos ao longo do tempo, intervenção da gestão em relação a notificação e protocolos implantados (Sampieri; Collado; Lucio, 2013).

Para o estudo qualitativo, a amostra foi selecionada por conveniência, incluindo todos os pacientes que, em algum momento da internação, tiveram sua cirurgia suspensa. Foram incluídos pacientes com mais de 18 anos, de todas as especialidades médicas, que sofreram a suspensão cirúrgica e seguiram hospitalizados, aguardando a reprogramação do procedimento. Não foi estabelecido contato prévio antes do início da pesquisa.

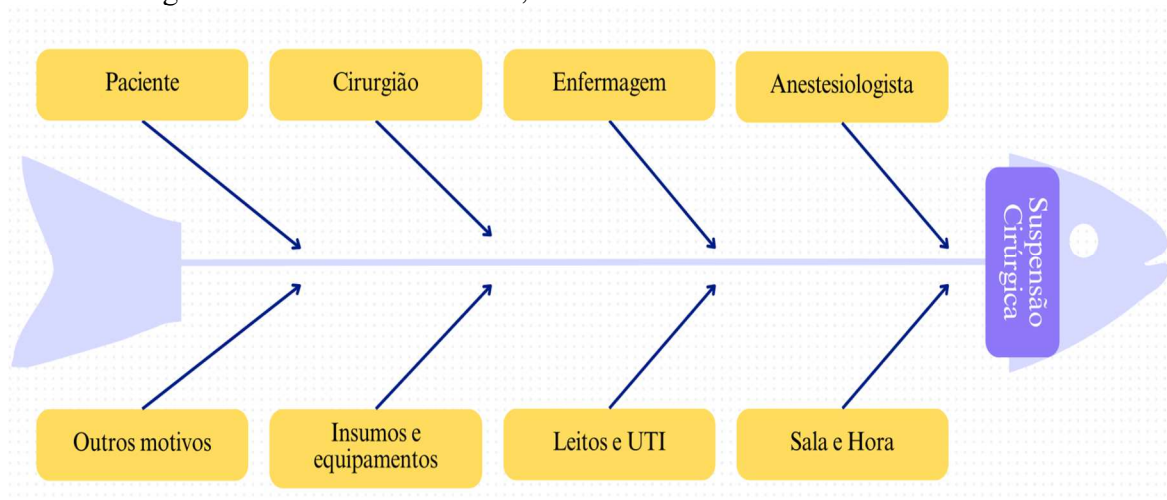
Foram excluídos da pesquisa, pacientes não falantes da língua portuguesa, pacientes cuja condição clínica comprometida impossibilitava a participação na entrevista, tais como aqueles em estado crítico, sob sedação contínua, com rebaixamento do nível de consciência, com comprometimento cognitivo grave ou que faziam uso de dispositivos que impediam a fala e/ou apresentavam outras condições que impossibilitam a comunicação verbal e pacientes que seriam submetidos a procedimento operatório ambulatorial (sistema de hospital-dia).

Foram contatados 19 pacientes, dos quais um recusou-se a participar da pesquisa alegando cansaço no momento da abordagem e outro foi excluído por não apresentar condições clínicas adequadas para responder às perguntas. A população final do estudo foi composta por 17 pacientes, sendo a coleta de dados interrompida após a saturação teórica dos dados. Esta técnica envolve a interrupção da coleta de informações assim que se constata que não surgirão mais elementos novos no campo observado para embasar a teorização desejada (Fontanella et al., 2011).

DEFINIÇÃO OPERACIONAL E VARIÁVEIS

As variáveis utilizadas para avaliar as condições relacionadas à suspensão cirúrgica foram relacionadas ao paciente, sala operatória e horário, ao leito e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a insumos ou equipamentos, ao cirurgião, à anestesiologia e a equipe de enfermagem. Através da figura abaixo, é possível observar as variáveis representadas no Diagrama de Ishikawa.

Figura 6 – Condições relacionadas à suspensão cirúrgica em hospital público do Distrito Federal – Diagrama de Ishikawa. Brasília, 2025.



Fonte: adaptado de Ishikawa (1993).

Dentro das classificações das condições relacionadas descritas anteriormente, conforme o formulário de suspensão cirúrgica da instituição, foram definidas as variáveis com os motivos relacionados à suspensão, organizados de acordo com cada condição relacionada, conforme apresentado no quadro abaixo.

Quadro 2 – Motivos relacionados à suspensão cirúrgica, organizados de acordo com a classificação da condição relacionada. Brasília, 2025.

Condições Relacionadas	Motivos
Condições Relacionadas ao Paciente	Paciente não compareceu
	Recusa do paciente
	Comorbidade descompensada

	Falta de exames laboratoriais ou de imagem
	Jejum inadequado
	Acesso venoso inviável
Condições Relacionadas a Sala e Horário	Indisponibilidade da sala cirúrgica
	Falta de preparo/organização da sala
	Falta de vaga na SRPA
Condições Relacionadas ao Leito e UTI	Falta de leito de UTI
	Falta de leito em internação
Condições Relacionadas a Insumos e Equipamentos	Indisponibilidade de roupas
	Equipamentos inoperantes
	Falta de material médico-cirúrgico esterilizado
	Inadequação/ausência de material cirúrgico
	Medicamentos não repostos no centro cirúrgico
Condições Relacionadas ao Médico-Cirurgião	Reserva de sangue não solicitada
	Leito de UTI não solicitado
	Reserva de OPME não realizada
	Exame de congelação não solicitado
	Paciente sem indicação cirúrgica
	Paciente já operado
	Falta de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
	Falta de parecer cardiológico
	Divergência na programação cirúrgica
	Não solicitou equipamentos necessários
	Equipe não justificou
Absenteísmo	

Condições Relacionadas ao Anestesiologista	Falta de parecer anestésico
	Absenteísmo
Condições Relacionadas a Equipe de Enfermagem	Absenteísmo
Outras Condições	Atraso na internação do paciente
	Cirurgia anterior com tempo maior do programado
	Cirurgia transferida para outro dia
	Alteração de escala
	Alteração no diagnóstico do paciente
	Não suspensão de medicamentos
	Transporte do paciente atrasado
	Óbito
	Substituição do paciente
	Paciente Transferida

Fonte: elaborado pelo autor.

Em relação aos incidentes relacionados à segurança do paciente, foi definido como incidente qualquer registro encontrado nas anotações de prescrição e/ou progresso clínico do paciente, e identificado de acordo com os critérios estabelecidos no manual de pesquisa desenvolvido para esse propósito, em conformidade com os padrões internacionalmente reconhecidos e disponíveis publicamente, descritos na Classificação Internacional para a Segurança do Paciente - ICPS (WHO, 2009b).

O incidente pode ser classificado como circunstância notificável, *near miss*, incidente com ou sem danos ao paciente. A circunstância notificável refere-se a uma condição que possui potencial significativo para causar dano, embora o incidente em si não tenha ocorrido. O quase erro é um incidente no qual o erro é identificado e corrigido antes de atingir o paciente. Já o evento sem danos ocorre quando o incidente atinge o paciente, mas não provoca qualquer prejuízo. Por fim, o incidente com danos, também conhecido como evento adverso, resulta em

prejuízos ao paciente, que podem incluir doenças, lesões, sofrimento, incapacidade ou até mesmo morte (WHO, 2009b).

As variáveis utilizadas para a análise de ocorrência de incidentes de segurança, desde a suspensão de cirurgia até a realização de nova intervenção, estão em conformidade com os critérios descritos e estabelecidos pela Classificação Internacional para a Segurança do Paciente - ICPS da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009b). Esses critérios abrangem as seguintes categorias: administração clínica, processo/procedimento clínico, documentação, infecções associadas à assistência em saúde, medicação/fluidos endovenosos, sangue/hemoderivados, nutrição, oxigênio/gás/vapor, dispositivos médicos/equipamentos médicos, comportamento, acidente do paciente, infraestruturas/edifícios/instalações e recursos/gestão organizacional.

A variável de desfecho foi o incidente relacionado à segurança do paciente ocorrido no período compreendido entre a suspensão cirúrgica e a realização do procedimento cirúrgico proposto. É importante destacar que apenas os incidentes com registros no prontuário eletrônico foram levados em consideração.

As variáveis de exposição foram aquelas que podem estar associadas à ocorrência do incidente durante o período analisado, como por exemplo, o tempo de internação entre o procedimento suspenso e a reprogramação cirúrgica, faixa etária, tipo de procedimento cirúrgico proposto, especialidade médica, classificação quanto à contaminação e porte ao cirúrgico.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento elaborado pelo pesquisador (APÊNDICE A). O instrumento é dividido em quatro partes e buscou direcionar a análise dos dados secundários. A seguir são descritas as dimensões mensuráveis contidas no instrumento criado pelo pesquisador.

Quadro 3 – Dimensões avaliadas no instrumento de coleta de dados. Brasília, 2025.

Variável	Descrição
Dados do paciente	Data de admissão; Idade; Sexo; Cor; Desfecho.
Informações sobre o procedimento cirúrgico	Especialidade cirúrgica; Procedimento cirúrgico proposto; Porte cirúrgico; Necessidade de jejum; Potencial de contaminação; Procedimento Oncológico.

<p>Condições relacionadas à suspensão cirúrgica</p>	<p>Condições relacionadas ao paciente; Condições relacionadas a sala e horário; Condições relacionadas ao leito e UTI; Condições relacionadas a insumos e equipamentos; Condições relacionadas exclusivamente ao médico-cirurgião; Condições relacionadas à anestesiologia; Condições relacionadas à enfermagem.</p>
<p>Tempo de hospitalização</p>	<p>Intervalo entre a suspensão cirúrgica e a realização do procedimento proposto; Período de prolongamento hospitalar desnecessário dos pacientes que ficaram hospitalizados após a suspensão, mas receberam alta sem realizar o procedimento.</p>
<p>Classificação dos incidentes relacionados à segurança do paciente</p>	<p>Administração Clínica; Processo/Procedimento Clínico; Documentação; Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; Medicação/Fluidos Endovenosos; Sangue/Hemoderivados; Nutrição; Oxigênio/Gás/Vapor; Dispositivos Médicos/Equipamentos Médicos; Comportamento; Acidente do Paciente; Infraestrutura/Edifícios/Instalações; Recursos/Gestão Organizacional.</p>

Fonte: elaborado pelo autor.

Através do instrumento foi possível estimar a taxa de suspensão cirúrgica, caracterizar o perfil dos pacientes que tiveram procedimento cirúrgico suspenso, descrever as condições relacionadas e causas relacionadas à suspensão, identificar o perfil das cirurgias suspensas e caracterizar a ocorrência de incidentes de segurança ocorridos após a suspensão de cirurgia até a reprogramação da cirúrgica proposta.

Na coleta de dados qualitativos, a entrevista semiestruturada foi guiada por instrumento (APÊNDICE B), desenvolvido pelos pesquisadores. Este instrumento foi estruturado em duas partes. A primeira levantará as variáveis relacionadas ao paciente e à cirurgia: idade, sexo, local de nascimento, estado civil, escolaridade, ocupação, data de internação, procedimento cirúrgico proposto, especialidade médica e data da suspensão cirúrgica.

Já o segundo segmento, incluiu as questões norteadoras relativas à experiência do paciente frente à suspensão cirúrgica: Você recebeu uma explicação clara e compreensível

sobre os motivos da suspensão da sua cirurgia? Como você avalia a comunicação entre a equipe de saúde sobre o seu processo de suspensão cirúrgica? Você teve a oportunidade de expressar suas dúvidas e preocupações sobre a suspensão da cirurgia? Como a suspensão cirúrgica impactou seu bem-estar e sua saúde de modo geral? Você sentiu que sua saúde e segurança foram priorizadas durante o processo de suspensão da cirurgia? Você percebeu a existência de um planejamento para remarcar sua cirurgia de forma ágil e organizada? Você sofreu ou presenciou algum erro dentro do ambiente hospitalar enquanto aguardava a remarcação cirúrgica? Para você, quais alternativas foram oferecidas para minimizar os impactos da sua suspensão cirúrgica? O que poderia ter sido feito para melhorar sua experiência diante da suspensão da cirurgia? De modo geral, como você descreveria sua experiência como paciente no processo de suspensão da cirurgia?

Foi realizado um teste piloto para verificar pertinências, clareza e objetividade das perguntas elaboradas e realizadas adaptações.

PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta dos dados quantitativos foi realizada durante o 2º semestre de 2024, dentro de um período delimitado de cinco semanas, três vezes por semana, em um turno por dia (matutino, vespertino ou noturno). As informações foram extraídas do formulário de suspensão cirúrgica e do prontuário eletrônico da própria instituição (Soul MV), onde estão inseridas as informações sobre o paciente. Cada participante foi identificado de forma anônima por uma letra "P" seguida de um número cardinal, designado pela ordem de participação na pesquisa (por exemplo, participante P1, P2, P3 e assim por diante). Essa prática visa preservar o sigilo dos participantes, facilitando tanto a coleta quanto a análise dos dados.

Três auxiliares de pesquisa, discentes do 5º, do 9º e do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), todos integrantes do Laboratório de Estudos em Gestão dos Serviços de Saúde, submetidos a treinamento teórico-prático prévio para operar o sistema e as metodologias utilizadas, auxiliaram o pesquisador principal, especialista em centro cirúrgico, na análise do formulário de suspensão cirúrgica e do prontuário eletrônico, com o objetivo de verificar a existência de incidentes de segurança ocorridos no período analisado. Também auxiliaram na realização da entrevista semiestruturada.

A participação dos discentes culminou em recortes, tendo como produto final dois Trabalhos de Conclusão de Curso dos discentes do 9º e 10º semestre e um trabalho vinculado ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da discente do 5º semestre.

Para descrever os incidentes que aconteceram entre a suspensão cirúrgica e a realização do procedimento, foram coletadas informações através do levantamento realizado pelo sistema de prontuário eletrônico denominado Soul MV. O objetivo do sistema é conectar várias áreas do hospital, facilitando uma gestão mais eficiente e permitindo acompanhar a produtividade em tempo real. Ele também reúne informações sobre o perfil dos pacientes, que estão no cadastro, além dos dados fornecidos pelos profissionais de saúde, como prescrições, evoluções e aferições para monitoramento. Por meio do sistema, é possível solicitar a transferência interna de pacientes para a realização de exames, procedimentos e/ou mudança de setor, bem como a solicitação e emissão de pareceres clínicos e cirúrgicos. Em relação aos processos de indicadores e gestão, o formulário de suspensão cirúrgica está integrado de forma eletrônica dentro do sistema. Os tipos de incidentes foram agrupados em consonância com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente - ICPS da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009b).

A coleta de dados qualitativos ocorreu no período de maio a junho de 2025, por meio de entrevista presencial com os pacientes selecionados, de forma individualizada. Para a condução da coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada para compreensão do assunto proposto pelo pesquisador. A entrevista tem como objetivo reunir informações detalhadas de um tema, decorrente do diálogo entre o participante e o pesquisador. Essa abordagem possibilita uma compreensão mais minuciosa e personalizada de determinado tema por parte de cada participante. Portanto, a abordagem individualizada durante a entrevista proporciona uma análise mais fidedigna e contextualizada das experiências dos participantes em relação ao tema em questão, enriquecendo, assim, a qualidade dos dados coletados (Sampieri; Collado; Lucio, 2013).

Atualmente, o local do estudo possui 17 especialidades cirúrgicas, entretanto ao aplicar os critérios de exclusão, apenas 15 especialidades foram incluídas na fase qualitativa. A amostra foi selecionada por conveniência, incluindo todos os pacientes que, em algum momento da internação, tiveram sua cirurgia suspensa e que, na data da coleta, ainda aguardavam a reprogramação do procedimento no serviço de saúde. Para determinar os participantes, o pesquisador utilizou o mapa cirúrgico e os formulários de suspensão.

A entrevista foi conduzida à beira do leito pela discente de graduação do 10º semestre do curso de enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), em conjunto com um enfermeiro, pesquisador principal, especialista em centro cirúrgico, que atua no Ministério da Saúde e, além disso, é discente da pós-graduação da Universidade de Brasília (UnB). A entrevista teve duração média de aproximadamente seis minutos. O encontro foi gravado em forma de áudio, mediante autorização e assinatura do TCLE e Termo de uso de som e voz. Antes do início da entrevista, os pacientes foram abordados pelos entrevistadores, que se apresentaram e explicaram o objetivo da pesquisa. Cada paciente foi entrevista uma vez, não houve entrevistas repetidas.

Para preservar a privacidade e o conforto do participante, foi solicitado que os acompanhantes e os demais pacientes que deambulavam sem auxílio se retirassem temporariamente da enfermaria. Além disso, foi comunicado aos profissionais do setor sobre a coleta de dados, a fim de evitar interferências durante o momento da entrevista. Assim, no momento da entrevista estavam apenas os pesquisadores e o paciente. Os pesquisadores promoveram conforto e silêncio durante a entrevista, também enfatizaram o sigilo e o respeito às opiniões apresentadas.

Um paciente recusou-se a participar da pesquisa alegando cansaço no momento da abordagem, e outro foi excluído por não apresentar condições clínicas adequadas para responder às perguntas. Os participantes foram identificados com pseudônimos (sujeito P1, P2, P3 e assim sucessivamente) facilitando a codificação e com o intuito de manter em sigilo a identidade deles, como recomendam as normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos.

No critério de saturação teórica, o pesquisador analisa os dados coletados relacionando-os aos objetivos do estudo. No momento que for identificado que poucas evidências novas aparecerem e as experiências apresentadas são recorrentes, e muitas vezes, com baixo nível de significância, é possível concluir que o pesquisador atingiu um nível de compreensão suficiente sobre o fenômeno em estudo (Minayo, 2017). A saturação de dados foi discutida entre os pesquisadores.

As entrevistas foram gravadas em áudio por meio de um dispositivo gravador de voz, livre de chip, sem acesso às redes sociais ou aplicativos de mensagens e posteriormente será realizada a transcrição na íntegra. Para melhor aproveitamento do tempo e organização do método de coleta de dados, a entrevista será dividida em quatro etapas: contato inicial; imersão nas perguntas; registro dos dados e síntese/encerramento.

Para maior aprofundamento das informações e visando entender as experiências dos pacientes, esse tipo de método buscou correlacionar os dados com o propósito de compreender as percepções dos pacientes diante a suspensão cirúrgica e a segurança do paciente.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram submetidos à codificação apropriada e inseridos em banco de dados eletrônicos, juntamente com o dicionário guia dos códigos em planilha do Microsoft Excel versão 2019. Posteriormente, passaram pelo processo de validação mediante a técnica de dupla digitação.

O percentual de suspensão cirúrgica foi calculado considerando o número de procedimentos suspensos como numerador e o número de procedimentos agendados como denominador, multiplicado por 100. O percentual por especialidade médica foi calculado por regra de três simples (SOBECC, 2021).

Com o objetivo de caracterizar o perfil dos participantes da pesquisa que tiveram ocorrências de suspensão cirúrgica, bem como de caracterizar o perfil das ocorrências de suspensão cirúrgica, e os tipos de incidentes ocorridos, realizamos análises descritivas da amostra, onde apresentamos média e desvio padrão no caso das variáveis numéricas, e apresentamos frequências e porcentagens no caso das variáveis categóricas.

Para classificar e avaliar a autenticidade dos incidentes identificados, os dados foram submetidos à apreciação de uma banca multiprofissional de juízes, composta por pesquisadores com experiência na área de gestão dos sistemas de saúde e na segurança do paciente. Nesse processo, tais incidentes foram minuciosamente examinados e categorizados de acordo com as variáveis incluídas no instrumento de coleta de dados, considerando a classificação de incidentes proposta pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009b).

A seleção do corpo de jurados foi realizada de forma intencional, em função da metodologia da área da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: possuir no mínimo a titulação de mestre e ter no mínimo 2 anos de experiência prévia em Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NSP) ou em alguma outra área relacionada à segurança do paciente. Os juízes receberam a carta convite por e-mail, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Foi estabelecido um prazo de 15 dias para a devolutiva, considerando a necessidade de tempo hábil para análise e consolidação dos dados (Castro; Rezende, 2009).

Foram convidados três membros, sendo um farmacêutico com título de doutor e dois enfermeiros com título de mestre. Consideraram-se como participantes do estudo os juízes que

acessaram o *link* indicado na carta convite, aceitaram participar da pesquisa e contribuíram com a análise das classificações pré-estabelecidas pelo pesquisador na planilha *on-line* compartilhada. O tempo médio de formação foi de 17,3 anos. A média de experiência prévia em Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) ou em alguma outra área relacionada à segurança do paciente foi de 3,3 anos.

As análises dos juízes foram convergentes em >95% e estavam concentradas em apenas três classificações: administração clínica, processo e/ou procedimento clínico e infecção relacionada à assistência em saúde. As classificações divergentes apresentadas pelos juízes foram avaliadas individualmente pelo mestrando e sua orientadora com título de doutora e membro do polo do Distrito Federal da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), sendo solucionadas por meio de consenso técnico.

Considerando os objetivos de (1) avaliar a relação entre a ocorrência de incidentes e o tempo até a realização de nova cirurgia após suspensão, e de (2) avaliar a relação entre ocorrência de incidentes e especialidades envolvidas, realizamos modelos de regressão binomial para cada variável independente (tempo e especialidade) dado à complexidade de um modelo global. Além disso, foi selecionada apenas uma ocorrência de suspensão por paciente no caso de participantes com mais de uma ocorrência de suspensão, para garantir a independência dos dados, uma vez que um modelo misto com fatores aleatórios apresentou quebras de premissas de análise (sobredispersão e adequação de resíduos).

Para a escolha dos modelos de regressão, consideramos a natureza binomial da variável dependente ocorrência de incidentes (sim/não). Posteriormente à geração dos modelos de regressão, avaliamos o *goodness-of-fit* (bondade de ajuste ou teste de aderência), a adequação dos resíduos, a presença de sobredispersão ou subdispersão e a influência de *outliers*. Para explorar a associação entre os tipos de incidentes relacionados às suspensões cirúrgicas e as especialidades envolvidas, realizamos uma Análise de Correspondência (CA), aplicando transformação por raiz quadrada aos dados de frequência. As análises foram feitas através do software R versão 4.5.0 (R Core Team 2025), e foi considerado um nível de significância de $p \leq 0.05$.

Os dados qualitativos foram transcritos na íntegra para formar o corpus de análise. Foram submetidos à Análise de Conteúdo conforme referencial teórico de Bardin (2016), seguindo três pontos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A coleta de informações foi obtida pelas transcrições das entrevistas realizadas com os pacientes internados em um hospital público.

A fase 1 da pré-análise, foram consultados os objetivos iniciais da pesquisa, visando a organização do material por meio de leituras cuidadosas e repetidas das informações descritas. Essa etapa teve como intuito selecionar os documentos que foram submetidos à análise e sistematizar as ideias iniciais levantadas pelo autor. A leitura do material ocorreu de forma organizada, considerando critérios como exaustividade, representatividade (optar por uma amostra representativa), homogeneidade (instrumentos selecionados devem atender a critérios de escolhas) e pertinência (os instrumentos devem ser apropriados como fontes de informação e estar ajustado com os objetivos), visando fundamentar a interpretação final (Bardin, 2016).

Na etapa 2, ocorreu a exploração do material pré analisado. É reconhecida como a etapa mais extensa, onde o pesquisador necessita de múltiplas leituras do mesmo material. Neste momento, os dados foram organizados e direcionados às categorias de acordo com suas características, criando um sistema de agrupamento. Além disso, foram identificadas as unidades de registro, possibilitando uma ilustração das características coletivas do conteúdo investigado (Minayo, 2013; Bardin, 2016).

Já a etapa 3, do tratamento e a interpretação dos dados, são feitas as escolhas das unidades de compartimentalização. Esse é um momento mais refinado e apurado, isto é, a escolha das frases, trechos ou temas e sua colocação, de acordo com cada segmento de conteúdo escolhido, gerando as categorias propriamente ditas (Bardin, 2016).

Assim sendo, utilizando-se dos princípios mencionados nas etapas anteriores prosseguiu-se com a pesquisa, tendo por base a metodologia e Bardin (2016), para a realização de uma análise completa e fidedigna dos dados coletados. Ressalta-se que, em função do tempo disponível para o desenvolvimento da pesquisa, as transcrições das entrevistas não foram devolvidas aos participantes para comentários ou correções.

A partir dos relatos foram desveladas quatro categorias temáticas: 1) Processo comunicativo e dos fatores relacionados como lacuna na compreensão da suspensão cirúrgica, a partir das unidades de registro Comunicação e Motivo da suspensão; 2) Prolongamento do período hospitalar e segurança do paciente: experiência de dor, sofrimento e impacto financeiro, a partir das unidades de registro Consequência física, Repercussão financeira e Sentimentos desencadeados pela suspensão cirúrgica; 3) Repercussão da experiência da suspensão cirúrgica na identidade institucional, amparadas pelas unidades de registro Processo organizacional, Insegurança e Credibilidade; e, 4) Percepção do usuário diante das experiências que atenuam os efeitos negativos da suspensão cirúrgica, reveladas pelas unidades de registros Espiritualidade, Sensação de segurança e Equipe de saúde.

Quadro 4 – Unidades de registro e categorias temáticas. Brasília, 2025.

UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIAS
Comunicação	Comunicação como um gap na compreensão da suspensão cirúrgica
Motivo da Suspensão	
Consequência física	Prolongamento da internação pós suspensão cirúrgica: experiência de dor, sofrimento e impacto financeiro
Emoções Desencadeadas pela Suspensão	
Implicações financeiras	
Processo Organizacional	Repercussão da experiência da suspensão cirúrgica na imagem institucional
Insegurança e Credibilidade	
Espiritualidade	Percepção do paciente sobre experiências que mitigam os efeitos negativos da suspensão cirúrgica
Sensação de Segurança	
Equipe de Saúde	

Fonte: elaborado pelo autor.

INTERAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

Na aplicação dos métodos mistos, a fase de integração representa um momento crucial da pesquisa. Nesse processo, os dados quantitativos e qualitativos são combinados por meio da estratégia de triangulação concomitante, com o objetivo de identificar convergências, divergências e complementaridades. Essa etapa corresponde à fase final da análise, na qual os dados oriundos das diferentes abordagens são reunidos em uma interpretação coerente e articulada (Santos et al., 2017).

Diante disso, além de utilizar triangulação exploratória ao longo do texto, também foi utilizada a ferramenta de design conceituada como “tabela falante” ou “tabelas que falam”. Nesse tipo de descrição, os dados quantitativos foram incluídos no formato de tabelas e as

percepções dos pacientes foram ajustadas em balões, explorando os dados relatados de forma complementar, induzindo as sensações dos números apresentados (Jantsch; Neves, 2023).

Considera-se a tabela falante uma estratégia analítica eficaz para a integração de dados quantitativos e qualitativos em estudos com métodos mistos, contribuindo para a formulação de evidências mais robustas. Essa abordagem possibilitou uma visualização mais clara da convergência entre os dados, facilitando tanto a interpretação por parte do pesquisador quanto a compreensão da integração pelo leitor. A adoção da tabela falante é sugerida como recurso analítico para estudos com essa abordagem, pois as ferramentas utilizadas podem qualificar e esclarecer as sínteses integradoras dos dados em relação aos objetos de estudo (Jantsch; Neves, 2023).

QUESTÕES ÉTICAS

Para a pesquisa quantitativa, a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE foi requisitada, pela difícil localização e inviabilidade de acesso pessoal devido ao número elevado de participantes do estudo, uma vez que houve pacientes que residem em locais distantes e até mesmo aqueles que evoluíram para óbito. No segundo momento, para a pesquisa qualitativa, aos participantes da pesquisa foram entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz (APÊNDICE D).

Os dados da pesquisa foram cuidadosamente tratados, assegurando a preservação do anonimato dos participantes na coleta de dados de todas as etapas, enfatizando a confidencialidade, bem como a sua não estigmatização, além de não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

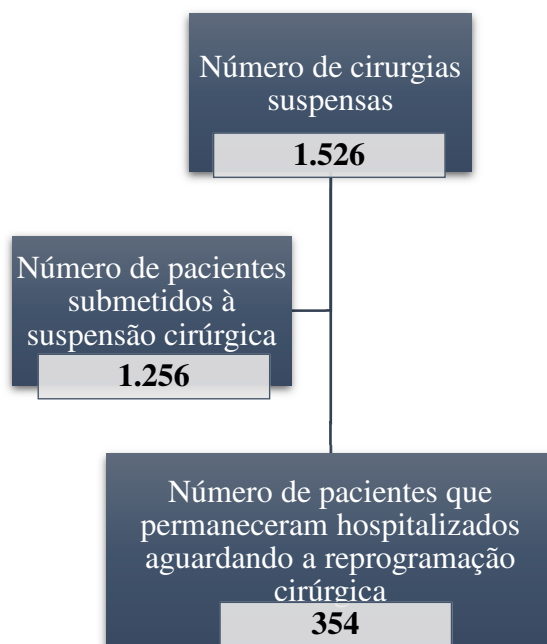
A pesquisa foi conduzida respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12/12/2012. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB) e autorizado sob o CAAE: 78623924.7.0000.0030 e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – CEP/Iges-DF, autorizado sob o CAAE: 78623924.7.3001.8153. O estudo foi iniciado somente após a autorização de ambos os Comitês de Ética e Pesquisa.

Foi assegurado em conformidade com a Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996: autonomia, dignidade, anonimato, respeito e direito de recusa, assim como sigilo quanto aos dados coletados.

RESULTADOS

Verificou-se que, das 13.129 cirurgias agendadas ao longo do ano de 2023 em uma instituição pública do Distrito Federal, 11.603 foram realizadas, enquanto 1.526 foram suspensas, resultando em uma taxa de suspensão cirúrgica de 11,62%, afetando 1.256 pacientes.

Figura 7 – Fluxograma descrevendo as amostras do estudo quantitativo das cirurgias suspensas em 2023. Brasília, 2025.



Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 1 – “Tabela Falante” do percentual de suspensão no ano de 2023, integrada com as percepções dos pacientes. Brasília, 2025.

Cirurgias Agendadas	Cirurgias Realizadas	Cirurgias Suspensas
13.129 (100%)	11.603 (88,38%)	1.526 (11,62%)

P5: Quando você vai para uma sala de cirurgia, você tem que ter certeza na sua mente, por exemplo, que eu nunca fiz cirurgia. E essa é a primeira. Eu já fui nervoso, você viu, e ainda chegar lá e voltar?

P15: Olha, se eu for para casa e me chamar daqui uns 6 meses, vai ter 4 nódulos na minha bexiga, e se for em mais tempo?

P5: Eu já estava, já estava deitado na maca. Já estava com todos os aparelhos aqui no meu peito, entendeu? Já tinha colocado soro em mim na sala de cirurgia. Aí ele (cirurgião) voltou depois de 20 minutos e disse “olha, eu acho que vou suspender a tua cirurgia”.

Fonte: elaborado pelo autor.

Na etapa qualitativa, participaram do estudo 17 pacientes internados, sendo 10 homens e 7 mulheres, com faixa etária de 30 a 73 anos, com escolaridade variando entre fundamental incompleto a nível superior completo. Os pacientes estavam internados aguardando cirurgia nas seguintes especialidades médicas: cardiologia, vascular, ortopedia, neurocirurgia, urologia, coloproctologia. O tempo de suspensão cirúrgica era de dois a 50 dias.

Tabela 2 – Caracterização dos participantes da etapa qualitativa. Brasília-DF, 2025.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	N°	%
Sexo	Feminino	7	41,2
	Masculino	10	58,8
Faixa etária	30 a 40 anos	5	29,4
	41 a 50 anos	3	17,6
	51 a 60 anos	6	35,3
	61 a 70 anos	1	5,9
Escolaridade	71 a 80 anos	2	11,8
	Fundamental incompleto	4	23,5
	Fundamental completo	5	29,4
	Ensino médio completo	6	35,3
Procedência do Paciente	Superior completo	2	11,8
	Bahia	2	11,8
	Ceará	1	5,9
	Distrito Federal	6	35,3
	Minas Gerais	2	11,8
	Pará	1	5,9
	Paraíba	1	5,9
	Piauí	2	11,8
Especialidade Médica	Tocantins	2	11,8
	Cardiologia	4	23,5
	Coloproctologia	1	5,9
	Neurologia	5	29,4

Tempo da suspensão	Ortopedia	2	11,8
	Urologia	4	23,5
	Cirurgia Vascular	1	5,9
	1 a 10 dias	9	52,9
	11 a 20 dias	4	23,5
	21 a 30 dias	1	5,88
	31 a 40 dias	2	11,7
	41 a 50 dias	1	5,8

Fonte: elaborado pelo autor.

Uma análise complementar permitiu identificar se os procedimentos suspensos estavam associados a intervenções oncológicas. Observou-se, assim, que 400 (26,22%) suspensões correspondiam a procedimentos terapêuticos direcionados aos cuidados oncológicos, como pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3 – “Tabela Falante” do percentual de suspensão de cirurgias oncológicas no ano de 2023. Brasília, 2025

Número de cirurgias suspensas	Número de cirurgias não oncológicas suspensas	Número de cirurgias oncológicas suspensas
1.526	1.126(73,78%)	400 (26,22%)

P15: Eu tenho célula cancerígena e elas espalham muito rápido.

P5: Como assim? eu estou com esse caroço aqui já faz 7 meses... Isso incomoda demais.

Fonte: elaborado pelo autor.

Ao avaliarmos as causas das suspensões dos procedimentos oncológicos, observou-se que a maioria dos cancelamentos (n = 110; 27,50%) esteve associada ao profissional cirurgião. Ao aprofundar a análise por meio da variável que detalha os motivos específicos da suspensão, e não apenas a categoria geral, identificou-se que, em 46 casos, a suspensão ocorreu devido à cirurgia anterior ter excedido o tempo programado.

Considerando que um mesmo paciente pôde ter sido submetido a múltiplas suspensões cirúrgicas, analisou-se uma amostra composta por 1.256 pacientes. Observou-se que 1.048 pacientes (83,44%) apresentaram um único episódio de suspensão cirúrgica. Já 164 pacientes

(13,06%) tiveram dois episódios, 35 (2,79%) passaram por três suspensões e 9 (0,72%) enfrentaram quatro ou mais episódios de suspensão cirúrgica. Como mostra a Tabela 4, a maioria dos pacientes foi submetido a uma suspensão cirúrgica.

Tabela 4 – “Tabela Falante” da distribuição dos pacientes conforme a quantidade de vezes que tiveram a cirurgia suspensas em 2023. Brasília, 2025.

Nº de Suspensões por Paciente	Frequência	Percentual
1 episódio	1.048	83,44
2 episódios	164	13,06
3 episódios	35	2,79
4 ou mais episódios	9	0,72
Total	1256	100%

P3: E aí eles já estão com esse argumento, assim, parece que preparando a gente psicologicamente para cancelar de novo. É a impressão que a gente tem.

P16: Mas todo dia eles falam que vai ter a cirurgia e não tem, ontem mesmo eu fiquei 9 horas sem comer, aí hoje é o terceiro dia que fico de jejum.

P1: Suspenso mais de 4 vezes. 3 vezes estava em jejum e suspendia. Das 4 vezes 1 vez eu tive explicação

P17: Foi suspenso 3 vezes, eu fiquei de dieta e nada, não resolve nada. Eu estou estressado porque não é um negócio certo. Você vai, porque tem que saber lá com eles se é verdade ou não. Aí fica o dia todo, desde de manhã, sem comer nada. A gente já está muito fraco, eu perdi 10 kg de peso.

Fonte: elaborado pelo autor.

As informações extraídas contemplam características sociodemográficas dos pacientes, bem como aspectos clínico-cirúrgicos das intervenções e os fatores associados à suspensão das cirurgias. A variável idade apresentou uma média de 54,9 anos (\pm 19,25) e mediana de 58 anos. Os pacientes mais jovens e mais idosos tinham, respectivamente, 1 ano e 101 anos de idade. A distribuição dos dados revela uma assimetria positiva, com maior concentração de pacientes na faixa etária adulta e idosa. No que se refere ao sexo biológico, observou-se predominância do sexo masculino, com 693 (55,18%) pacientes, enquanto 593 (44,82%) pacientes pertenciam ao sexo feminino.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes com cirurgias suspensas em 2023 segundo o sexo. Brasília, 2025.

SEXO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Masculino	693	55,18
Feminino	593	44,82
Total	1.256	100%

Fonte: elaborado pelo autor.

Em relação à raça/cor autodeclarada, constatou-se que a maioria dos pacientes era pardo, representado 982 registros (78,18%). Em seguida, observou-se a autodeclaração como branco em 155 casos (12,34%), amarela em 61 casos (4,86%) e preta em 47 registros (3,74%). Em 11 casos (0,88%), essa informação não foi registrada nas fichas de suspensão e nem no prontuário eletrônico, como apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição das cirurgias suspensas em 2023 segundo a raça/cor. Brasília, 2025.

RAÇA/COR	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Pardo	982	78,18
Branco	155	12,34
Amarelo	61	4,86
Preto	47	3,74
Não informado	11	0,88
Total	1.256	100%

Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto à classificação dos procedimentos cirúrgicos suspensos, observou-se que a maioria era de natureza eletiva, totalizando 1.054 casos (69,1%). Procedimentos classificados como urgência corresponderam a 452 suspensões (29,6%), enquanto cirurgias de emergência representaram apenas 20 casos (1,3%) (Tabela 7). Essa distribuição evidencia que, embora os casos eletivos sejam mais numerosos e, portanto, mais suscetíveis à suspensão por questões organizacionais e logísticas, também há impacto significativo em procedimentos urgentes, o que pode representar riscos adicionais à saúde dos pacientes e pressiona a necessidade de revisão nos fluxos e na priorização cirúrgica institucional.

Tabela 7 – Distribuição das cirurgias suspensas em 2023, segundo a classificação cirúrgica. Brasília, 2025.

CLASSIFICAÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Eletiva	1.054	69,1
Urgência	452	29,6
Emergência	20	1,3
Total	1.526	100%

Fonte: elaborado pelo autor.

A análise do potencial de contaminação dos procedimentos suspensos revelou predominância de cirurgias classificadas como limpas, que corresponderam a 1.088 casos (71,3%). Em seguida, foram registrados 351 procedimentos potencialmente contaminados (23,0%), 82 contaminados (5,4%) e apenas 5 infectados (0,3%), como apresentado na Tabela 8. Essa distribuição indica que a maioria das suspensões ocorreu em intervenções de menor risco infeccioso, o que pode estar relacionado à natureza predominante eletiva das cirurgias, além de sugerir que fatores não clínicos (como logística e estrutura) tenham desempenhado papel relevante nas suspensões.

Tabela 8 – Distribuição das cirurgias suspensas em 2023, segundo o potencial de contaminação. Brasília, 2025.

POTENCIAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Limpa	1.088	71,3
Potencialmente contaminada	351	23,0
Contaminada	82	5,4
Infectada	5	0,3
Total	1.526	100%

Fonte: elaborado pelo autor.

Em relação ao porte cirúrgico, observou-se que a maioria das suspensões ocorreu em procedimentos de porte 2, que totalizaram 774 casos (50,72%). Em seguida, destacaram-se os procedimentos de porte 1 com 515 casos (33,75%), porte 3 com 236 casos (15,47%) e apenas 1 caso (0,07%) classificado como porte 4, conforme demonstrado na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição das cirurgias suspensas em 2023 segundo o porte. Brasília, 2025.

PORTE	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Porte 1	515	33,75
Porte 2	774	50,72
Porte 3	236	15,47
Porte 4	1	0,07
Total	1.526	100%

Fonte: elaborado pelo autor.

No que diz respeito à finalidade cirúrgica, observou-se que a maioria dos procedimentos suspensos tinham caráter radical ou curativo, totalizando 1.130 casos (74,05%), o que reforça a gravidade clínica e o potencial de repercussão da suspensão na evolução dos pacientes. Procedimentos com finalidade paliativa representaram 200 suspensões (13,11%), enquanto as intervenções diagnósticas totalizaram 103 casos (6,75%) e cirurgias plásticas ou reparadoras somaram 93 (6,09%) (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição das cirurgias suspensas em 2023, segundo a finalidade cirúrgica. Brasília, 2025.

FINALIDADE CIRÚRGICA	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Radical ou curativa	1.130	74,05
Paliativa	200	13,11
Diagnóstica	103	6,75
Plástica ou reparadora	93	6,09
Total	1.526	100%

Fonte: elaborado pelo autor.

As suspensões de cirurgias distribuíram-se entre os diferentes turnos de funcionamento do centro cirúrgico, com maior frequência registrada no segundo turno, o vespertino, que concentrou 692 casos (45,35%). O primeiro turno, o matutino, apresentou 636 suspensões (41,68%), enquanto o terceiro turno, o noturno, respondeu por 198 casos (12,98%), conforme a distribuição apresentada na Tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição das cirurgias suspensas em 2023 segundo o turno. Brasília, 2025.

TURNO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Matutino	636	41,68

Vespertino	692	45,35
Noturno	198	12,98
Total	1.526	100%

Fonte: elaborado pelo autor.

As especialidades cirúrgicas mais impactadas pelas suspensões em termos absolutos, considerando a divisão por especialidades, em ordem decrescente foram: Anestesiologia, com 5 casos (50%); Cirurgia Torácica com 106 casos (27,25%); Cirurgia de Cabeça e Pescoço, com 72 casos (25,44%); Cardiologia, com 135 casos (24,55%); Broncoesofagologia, com 30 casos (17,65%); Oncologia, com 59 casos (17,00%); Coloproctologia, com 37 casos (16,67%); Otorrinolaringologia, com 79 casos (15,52%); Vascular, com 152 casos (12,61%); Gastroenterologia, com 17 casos (12,06%); Oftalmologia, com 259 casos (10,21%); Cirurgia Geral, com 76 casos (10,05%); Neurocirurgia, com 121 casos (8,92%); Mastologia, com 24 casos (8,36%); Urologia, com 106 casos (8,35%); Ortopedia, com 198 casos (7,98%); Ginecologia, com 9 casos (7,76%); Cirurgia Plástica, com 1 caso (7,69%); Cirurgia do Trauma, com 13 casos (7,39%) e Cirurgia Pediátrica, que não havia registrado nenhum caso até o momento da pesquisa.

Essa distribuição pode refletir a carga de demanda específica de cada especialidade, o volume de cirurgias agendadas, além da complexidade dos procedimentos e da disponibilidade de equipe e infraestrutura especializada (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição das cirurgias suspensas segundo a especialidade. Brasília, 2025.

ESPECIALIDADE	Nº CIRURGIAS AGENDADAS	Nº CIRURGIAS REALIZADAS	Nº CIRURGIAS SUSPENSAS	PERCENTUAL DE SUSPENSÃO
Anestesiologia	10	5	5	50
Torácica	389	283	106	27,25
Cabeça e pescoço	283	211	72	25,44
Cardiologia	550	415	135	24,55
Broncoesofagologia	170	140	30	17,65
Oncologia	347	288	59	17,00
Coloproctologia	222	185	37	16,67
Otorrinolaringologia	509	430	79	15,52
Vascular	1.205	1.053	152	12,61

Gastroenterologia	141	124	17	12,06
Oftalmologia	2.537	2.278	259	10,21
Geral	756	680	76	10,05
Bucomaxilofacial	290	263	27	9,31
Neurocirurgia	1.357	1.236	121	8,92
Mastologia	287	263	24	8,36
Urologia	1.269	1.163	106	8,35
Ortopedia	2.482	2.284	198	7,98
Ginecologia	116	107	9	7,76
Plástica	13	12	1	7,69
Cirurgia do trauma	176	163	13	7,39
Cirurgia Pediátrica	20	20	0	0,00
Total	13.129	11.603	1.526	11,62%

Fonte: elaborado pelo autor.

Em relação aos desfechos dos pacientes após a suspensão cirúrgica, verificou-se que a maioria recebeu alta hospitalar, totalizando 898 casos (71,50%). No entanto, foram registrados 56 óbitos (4,46%), além de 33 transferências para outras unidades (2,63%). Além disso, 269 (21,42%) pacientes foram excluídos da análise de prontuário, desses sendo 211 (78,44%) pacientes da oftalmologia, que de acordo com a rotina da instituição, não realizam internação pré-operatória e não permanecem no local após a suspensão cirúrgica e, 58 (21,56%) os pacientes que não possuíram evolução sobre o desfecho no sistema, como mostra a Tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição dos pacientes com cirurgias suspensas em 2023 segundo o desfecho. Brasília, 2025.

DESFECHO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Alta hospitalar	898	71,50
Excluído da análise de prontuário	269	21,42
Óbito	56	4,46
Transferência	33	2,63
Total	1256	100%

Fonte: elaborado pelo autor.

As mensurações das suspensões cirúrgicas foram atribuídas a diversos fatores organizacionais, clínicos e operacionais, classificados conforme a origem do problema. A principal condição relacionada identificada foi a atuação do cirurgião, responsável por 417 casos (27,33%). Em seguida, destacaram-se motivos relacionados ao paciente, com 316 casos (20,71%), e fatores ligados a insumos e equipamentos, que totalizaram 161 suspensões (10,55%). Também foram registradas causas atribuídas à equipe de enfermagem em 51 casos (3,34%), ao anestesiológico em 63 casos (4,13%), e à falta de leito clínico ou em UTI em 74 casos (4,85%). Em 408 casos, (26,74%), a ficha da suspensão registrou a categoria “outros”, que especificou o fator determinante de forma subjetiva, ou seja, não estava categorizado dentro do formulário. Como mostra a Tabela 14, a integração os fatores associados às suspensões refletem múltiplas fragilidades na gestão e na coordenação dos processos cirúrgicos.

Tabela 14 – Distribuição das cirurgias suspensas em 2023 segundo os detalhes e condições relacionadas à suspensão. Brasília, 2025.

DETALHE DA SUSPENSÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Cirurgião	417	27,33
Equipe não justificou	122	7,99
Divergência na programação cirúrgica	153	10,03
Reserva de sangue não solicitada	7	0,46
Reserva de OPME não realizada	3	0,20
Falta de parecer cardiológico	24	1,57
Paciente já operado	47	3,08
Absenteísmo do cirurgião	18	1,18
Paciente sem indicação cirúrgica	43	2,82
Outros Motivos	408	26,74
Cirurgia anterior com tempo maior do programado	169	11,07
Alteração de escala	84	5,50
Atraso na internação do paciente	5	0,33
Transporte do paciente atrasado	5	0,33
Paciente transferido	4	0,26
Óbito	4	0,26
Cirurgia transferida para outro dia	99	6,49
Substituição do paciente	3	0,20
Não suspensão de medicamentos	7	0,46
Alteração no diagnóstico do paciente	30	1,97
Paciente	316	20,71

P6: Talvez seja preciso mais médicos. Pra não acontecer isso, para atender as emergências.

P16: Não sei nem porquê suspendeu, a mulher que leva o lanche que me falou, ela falou que a dieta estava liberada, foi assim que eu descobri que tinha cancelado a minha cirurgia.

P17: Até agora não recebi nada, nenhuma explicação.

P1: Aí marcou para terça, também não deu certo porque entrou uma emergência.

P2: A última vez foi uma criancinha que tomou a minha frente.

P9: Falou que não ia ter. Não ia fazer a cirurgia porque chegou outra paciente em estado grave e a prioridade foi dela.

P3: Houve uma intercorrência na cirurgia anterior a minha e demorou mais do que o previsto

P15: Porque a cirurgia que estava sendo feita alongou muito tempo. Dizem que foi uma cirurgia complicada, aí a gente entende.

Paciente não compareceu	157	10,29
Recusa do paciente	31	2,03
Comorbidade descompensada	90	5,90
Falta de exames laboratoriais ou de imagem	17	1,11
Jejum inadequado	21	1,38
Insumos e Equipamentos	161	10,55
Equipamentos inoperantes	32	2,10
Inadequação/ausência de material cirúrgico	25	1,64
Falta de material médico-cirúrgico esterilizado	101	6,62
Medicamento não repostado no centro cirúrgico	3	0,20
Leito e UTI	74	4,85
Falta de leito de UTI	69	4,52
Falta de leito em internação	5	0,33
Anestesiologista	63	4,13
Absenteísmo do anestesiologista	60	3,93
Falta de parecer anestésico	2	0,13
Enfermagem	51	3,34
Absenteísmo enfermagem	51	3,34
Sala e Hora	36	2,36
Indisponibilidade da sala cirúrgica	9	0,59
Falta de preparo/organização da sala	7	0,46
Falta de vaga na SRPA	19	1,25
Total	1526	100%

P1: Eu já estava preparado lá dentro da sala de cirurgia. É só porque o nome do aparelho da papelada estava errado o doutor bem na hora falou "suspende que não é esse o aparelho".

P1: Aí marcou para o sábado. Aí quando chegou no sábado, não, não tinha anestesista.

P2: Aí quando eu voltei, outro dia faltava só 2 exames. Ainda vai depender dos 2 exames para botar você.

P5: Ele (cirurgião) voltou depois de 20 minutos. "Olha, eu acho que vou suspender a tua cirurgia porque a gente tem que fazer mais os exames de sangue".

P13: Ela (cirurgiã) falou para mim "é o seguinte tivemos um problema com o leito e vamos ter que suspender".

Fonte: elaborado pelo autor.

Entre os motivos específicos de suspensão registrados nos formulários de suspensão, destacaram-se como causas mais recorrentes: cirurgia anterior com tempo maior que o programado, com 169 ocorrências (11,07%); paciente não compareceu, com 157 casos (10,29%); divergência na programação cirúrgica, com 153 casos (10,03%); e equipe cirúrgica não justificou o motivo da suspensão, em 122 casos (7,99%). Outros fatores com impacto expressivo incluíram: cirurgia transferida para outro dia, em 99 casos (6,49%), alterações de escala da equipe, em 84 casos (5,50%), falta de leito em UTI, em 69 casos (4,52%), absenteísmo do anestesiológico, em 60 casos (3,93%) e paciente já operado, em 47 casos (3,08%).

Também foram registrados causas clínicas, como comorbidade descompensada com 90 casos (5,90%) e ausência de parecer cardiológico em 24 casos (1,57%); estruturais, como falta de material médico-cirúrgico esterilizado em 101 casos (6,62%), equipamentos inoperantes em 32 casos (2,10%), indisponibilidade de sala cirúrgica em 9 casos (0,59%) e ausência de vaga na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) em 19 casos (1,25%); além de falhas de preparo como jejum inadequado em 21 casos (1,38%) e falta de exames laboratoriais ou de imagem em 17 casos (1,11%).

Outros motivos menos frequentes, mantêm relevância clínica e organizacional, como alterações no diagnóstico em 30 casos (1,97%), recusa do paciente em 31 casos (2,03%), não suspensão de medicamentos no pré-operatório em 7 casos (0,46%), substituição do paciente em 3 casos (0,20%) e ausência de parecer anestésico em 2 casos (0,13%). Como mostra a Tabela 11, a variedade de justificativas evidencia a multiplicidade de fragilidades institucionais que podem comprometer a efetivação do cuidado cirúrgico.

A categoria temática “Comunicação como um gap na compreensão da suspensão cirúrgica” permitiu identificar que apesar da transparência no processo de comunicação ter possibilitado a identificação das causas que justificaram a suspensão cirúrgica, esta foi ressaltada como um processo que precisa ser aprimorado no serviço de saúde. Dentro desse contexto, envolve informar ao paciente os motivos que levaram à suspensão cirúrgica.

Percebe-se, portanto, que os relatos refletem as categorias identificadas a partir do formulário de suspensão cirúrgica, complementando as evidências a partir dos relatos dos pacientes. Apesar do hospital onde o estudo foi realizado ser referência em trauma, o que justificaria um número elevado de substituição de pacientes, na etapa quantitativa foi identificado um percentual de apenas 0,20%. Nos dados qualitativos, a substituição de paciente por outro mais grave foi bastante relatada.

Em relação ao detalhamento do motivo que ocasionou a suspensão cirúrgica, foi observado um percentual de 11,07% no detalhamento relacionado à “cirurgia anterior com tempo maior do programado”, o maior quando comparado com outros motivos. A análise qualitativa dos depoimentos corrobora essa evidência, demonstrando como o tempo excedido de cirurgias anteriores interfere nas cirurgias subsequentes.

Nas condições relacionadas ao paciente, o motivo mais prevalente para a suspensão cirúrgica foi o não comparecimento ao serviço de saúde na data agendada. No contexto qualitativo, essa situação foi corroborada pelos relatos dos participantes, que evidenciaram falhas no processo de comunicação com os usuários.

P1: O que eu posso considerar sobre a equipe do telefone, infelizmente eu tenho a nota zero. É um despreparo total, porque liga manda vir... Me ligaram 10 horas da noite, não existe uma programação.

O depoimento revela falhas na organização, no planejamento e na comunicação pré-operatória, o que pode contribuir para a não adesão dos pacientes e, conseqüentemente, para o aumento das suspensões.

A ausência de exames complementares necessários foi identificada tanto nos relatos dos participantes quanto nos registros do formulário de suspensão cirúrgica. Esse fator pode estar relacionado a falhas no planejamento pré-operatório, refletindo um processo organizacional ineficaz que compromete a preparação adequada para a realização do procedimento.

A indisponibilidade de profissionais de saúde, especialmente da equipe de enfermagem, anestesistas e cirurgiões, foi uma das causas recorrentes de suspensão de cirurgias, totalizando 8,45% quando agrupado todos os profissionais envolvidos no processo perioperatório. Foi identificada tanto nos registros quanto nos relatos dos participantes. Essa escassez de pessoal impacta diretamente a capacidade de execução das cirurgias agendadas, refletindo na fragilidade da gestão da força de trabalho.

Os relatos dos pacientes demonstraram que diversas foram as causas associadas à suspensão cirúrgica, dentre elas a prioridade institucional para o atendimento de outros procedimentos de urgência, cirurgias anteriores com tempo maior que o prolongado, necessidade de exames complementares, déficit de profissionais da equipe de saúde e disponibilidade de leito para o pós-operatório:

P11: Eles falaram que, como os médicos anestesistas tinham feito a cirurgia mais detalhada, né? Aí não teve tempo para fazer a minha, que eles tinham que sair 1 hora da tarde, por isso que não foi possível fazer naquele dia.

Foi identificado que em algumas situações a suspensão cirúrgica aconteceu com o paciente já instalado no leito operatório:

P3: É o fato de que só fui comunicado às 4:00 da tarde, mas às vezes eles esperaram chegar até o último momento que fosse possível, né, pra me avisar que seria cancelado.

A maioria dos pacientes não foi informada sobre o fluxo de cuidado que seria tomado após a suspensão cirúrgica, demonstrando que existe falhas no processo de comunicação entre a equipe de saúde e o paciente, incluindo o uso de linguagem técnica e ausência de transparência das informações:

P5: Sobre a comunicação, eu acho que tinha que ser mais esclarecida, né? Assim, o português mais direto. Porque não tem o linguajar na medicina que a gente não entende

P16: Um erro mesmo é a falta de comunicação. Esse é um erro, não se comunicar, não ser claro nas coisas. Eu acho que deveria ter uma explicação, ele chegar e conversar “olha, a gente não vai fazer hoje” e me dar um motivo “mas a gente vai tentar amanhã”. Alguma esperança dar, porque se der beleza, senão, não.

P17: Rapaz, eu acho que não. Porque se explicasse eu não teria que ir lá falar alguma coisa, saber da minha situação. É porque o certo é eles virem aqui e falarem alguma coisa, que tá atrasado se vai ou não dar certo, mas não vem. Fala uma vez com a gente e depois some. Eu nem tenho o contato deles.

P15: Aí pegou meio-dia eu desci para a sala de espera cirúrgica, eu fiquei de meio-dia até 5h sentado, sem botar uma gota de água na boca. Isso é o que mais me revolta, 5h30 a doutora veio até mim e falou assim, “olha, a sua cirurgia foi suspensa, mas assim que puder, a gente vai remarcar”. Mais nada, essa foi a explicação dada lá na porta do centro cirúrgico.

Somou-se a isso a percepção dos pacientes que não foram devidamente ouvidos.

P12: A secretária avisou que suspendeu. Ninguém da equipe de saúde falou o motivo. (...) Queria uma explicação mais concreta.

P8: Ela veio até nós, ela explicou o motivo e ficou de remarcar novamente a cirurgia, mas eu não tenho confirmação, né, da data da próxima cirurgia.

P4: Não tive a oportunidade de falar nada. (P14) Não, não tem comunicação entre o paciente.

P15: Aqui ninguém falou nada, não. Aqui o doutor falou, sua cirurgia foi suspensa. (...) Tiro dúvida com o médico que passa de manhã.

P16: Mas todo dia eles falam que vai ter a cirurgia e não tem.

A ausência de comunicação entre a equipe e o paciente e a sensação de não ser ouvido reflete a necessidade de melhorar o processo de comunicação entre a própria equipe de saúde, o que foi revelado nos relatos dos pacientes:

P1: Eles têm que melhorar a comunicação entre eles, entendeu, entre a própria equipe, não é. A hierarquia, ela está se mudando sempre, a sensação de poder, da máquina funcionar, entendeu. Aquela catraca menor, ela não quer girar de maneira nenhuma (...) Foi uma falta de clareza.

P8: Eu tive que ficar correndo atrás de alguém para saber da nova data. Não fui bem informado, até hoje eu estou esperando a resposta de quando será a nova data de cirurgia. Não teve estratégia, só recebi a confirmação deles, que seria cancelada a cirurgia.

Entretanto, uma parte dos pacientes reconheceram que informações a respeito da suspensão cirúrgica foi ofertada pela equipe de saúde. Independente de ser um aspecto favorável nos relatos e diante do que foi apresentado, deduz-se que não existe uma estrutura formal do processo de comunicação na instituição:

P2: Recebi orientação, não tive dúvida. (...) porque ele (cirurgião) sempre falava.

P4: Eles (cirurgiões) tiraram todas as dúvidas que eu perguntei. Eles me falaram o que poderia acontecer, e o que não poderia acontecer.

P6: A conversa foi curta, falou que eu não me preocupasse. E explicou como ia fazer. Ela me explicou muito bem.

P10: Sim, recebi uma explicação clara.

P14: Comunicação dele, até que foi, foi tranquila.

Foi possível compreender que diversas razões, como atraso nas cirurgias anteriores, necessidade de exames complementares, déficit de profissionais da equipe e indisponibilidade de leitos para o pós-operatório, contribuem para a suspensão cirúrgica. Desvelar o modo como as causas são comunicadas aos pacientes, seja em relação ao período ou em relação ao conteúdo das informações, mostrou o impacto incisivo na experiência durante a jornada hospitalar.

Para além da percepção dos pacientes, foi possível identificar a ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente, a partir da análise dos prontuários dos pacientes que sofreram suspensão, e que seguiram hospitalizados na instituição aguardando a reprogramação cirúrgica. No que se refere ao período de prolongamento hospitalar, a média entre a suspensão e a reprogramação cirúrgica dos 354 pacientes analisados foi de 6,74 dias.

Constatou-se que 287 (81,07%) pacientes apresentaram pelo menos um incidente enquanto aguardavam a reprogramação do procedimento cirúrgico e, portanto, 67 (18,93%) não

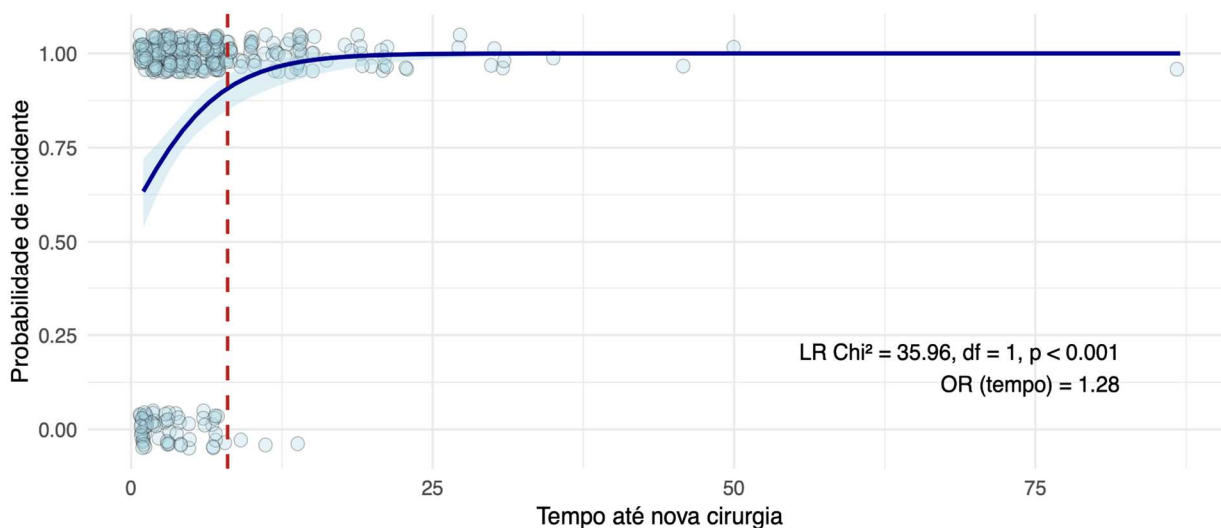
tiveram incidentes relatados no prontuário eletrônico. Desta forma, evidenciou-se média de 6,37; Mín: 0; Mediana: 4; Média: 6.372, Máx: 66; IQR: 7, incidentes por paciente.

No que diz respeito ao perfil dos pacientes que sofreram incidentes, observou-se uma idade média de 54,94 anos (DP 17,19). Quanto à variável sexo, foi registrado um número maior de ocorrências de incidentes entre os pacientes do sexo masculino, 176 (61,32%), enquanto no sexo feminino, o número foi de 111 (38,68%).

Ao associar a média de incidentes comparado ao tempo de prolongamento hospitalar durante a reprogramação da cirurgia, foi observado que o tempo médio entre a suspensão e a reprogramação dos pacientes que sofreram incidentes relacionados à segurança do paciente foi de 7,54 dias (IC 6,22-8,60; $p < 0,05$), quando dos pacientes que não tiveram incidentes relatados foi de 3,36 dias (IC 2,23-3,35; $p < 0,05$).

No que diz respeito aos incidentes relacionados à segurança do paciente ocorridos entre a suspensão e a reprogramação cirúrgica, foi encontrada uma relação positiva e estatisticamente significativa (LR $\chi^2 = 36.96$, $df = 1$, $p < 0.001$; OR (tempo) = 1.28). A probabilidade de incidentes no 1º dia se inicia em 63,4%, e a partir do 8º dia, a probabilidade de incidentes é maior que 90%, indicando maior risco de eventos adversos quanto maior o intervalo entre a suspensão e a reprogramação cirúrgica.

Figura 8 – Relação entre o período de reprogramação cirúrgica e probabilidade de incidente no ano de 2023. Brasília, 2025.



Fonte: elaborado pelo autor.

Em relação ao preparo pré-operatório, observou-se que 1.423 pacientes (93,25%) realizaram jejum antes da cirurgia. No entanto, quando o jejum é prolongado ou precisa ser

repetido em razão dos adiamentos cirúrgicos, deixa de ser apenas uma etapa técnica incluída no pré-operatório e passa a representar uma variável de sofrimento para os pacientes. Essa vivência contribui para uma experiência negativa da hospitalização e revela fragilidades no cuidado oferecido.

Tabela 15 – “Tabela Falante” do percentual de suspensão cirúrgica entre pacientes submetidos ao jejum, triangulados com dos dados qualitativos em 2023. Brasília, 2025.

Jejum	Frequência	Percentual
Sim	1.423	93,25%
Não	103	6,75%

P16: Fica sem comer um dia, come no outro, aí de novo, isso é horrível, eu acho horrível... Eu acho um desrespeito, na verdade, porque, além de não me comunicar que não vai ter, me deixa sem comer.

P17: Eles acham que eles estão certos e a gente está errado, mas não é. O cara não aguenta, eu tô fraco, olha meu calibre, eu estou perdendo peso, cada dia estou mais fraco, ficar 4, 5, 6 de regime e aí nada não resolve nada... eu passei mais de 15 dias sem comer direito. Aí fui perdendo peso, perdi peso

P13: Esperei mais de 5 horas depois do jejum sem comer.

P15: ansiedade de domingo até quarta. Todo mundo sabendo. Aí pegou meio-dia eu desci na sala de espera cirúrgica, eu fiquei de meio-dia até 5h sentado, sem botar uma gota de água na boca.

Fonte: elaborado pelo autor.

Neste sentido, no contexto de fragilidade assistencial, a categoria “Prolongamento da internação pós suspensão cirúrgica: experiência de dor, sofrimento e impacto financeiro”, evidenciou que diversos pacientes discorreram sobre a realização de jejum de forma recorrente e de forma prolongada. Observou-se, inclusive, que as suspensões cirúrgicas contribuíram para a perda de peso dos pacientes durante o tempo em que os pacientes permaneceram hospitalizados aguardando reprogramação do procedimento.

P4: Voltei para o quarto e voltamos a ficar em zero aqui. Eu fiquei um dia, fiquei dois dias, até ontem.

P7: Tipo, eu fiquei muito tempo esperando, em jejum, essas coisas, né? Aí veio no final da tarde pra avisar.

P11: Então tinha feito um preparo antes pra fazer, fiquei em jejum, nossa demorou umas horas, foi o dia inteiro sem comer, a manhã toda.

P14: *Um exemplo, eu estou de jejum, dieta zero. Dieta zero desde ontem à noite, eu passei o dia ontem à noite e hoje o dia nessa dieta zero e aí descemos para lá para fazer esses negócios e tivemos que retornar. Já estou de jejum vai dar 24 horas.*

Foi possível explorar que o prolongamento da hospitalização geralmente está associado com sentimentos negativos e prejuízos financeiros.

P3: *Suspensão há 21 dias... Você fica bem chateada, assim, triste, né. Achei que eu ia receber alta na segunda. Então, ficou para segunda ou outra data*

P3: *Certeza que a afeta a minha vida, eu estou aqui parada, né. Então, eu tinha que estar trabalhando... acho que a falha está sendo na reprogramação.*

P4: *Porque é que é difícil, não é porque eu estou aqui, parado aqui a preço, e sentindo dor, entendeu?*

P6: *Suspendeu tem duas semanas... Nós temos ciência que já era para ter feito já. Mais de 1 mês já.*

P9: *4 dias de suspensão... aí eu já fiquei um pouco mais amargurada porque vou ter que ficar mais tempo no hospital.*

P16: *Porque eu tô cada vez mais ansiosa, aí achei a terapeuta ocupacional, e ela me chamou para fazer as oficinas, e aí que passou um tempo mais rápido, mas já tem 17 dias.*

P11: *Recebo pelo dia que eu trabalho, eu cuido de 2 pessoas, né? Então o problema foi esse né prejuízo financeiro. Fiquei ansioso porque estava precisando resolver o problema. E quanto mais dias passavam, mais já estava doendo também.*

A suspensão cirúrgica provocou consequências relacionadas à aspectos emocionais como, aumento de ansiedade, sentimento de frustração, medo, revolta com o adiamento do procedimento e raiva da situação vivida:

P1: *E aí eles te deixam pronto, assim, você tem que atender a qualquer ligação. E aí isso que causa ansiedade. Ficar em alerta, né (...) eu fiquei desenvolvendo ansiedade.*

P3: *Você fica bem chateada, triste, né. Achei que eu ia receber alta na segunda. Então, ficou para segunda ou outra data. Tristeza que eu não consegui, é muita frustração.*

P5: *Eu fiquei mais nervoso, eu fiquei nervoso porque fiquei com aquela dúvida na minha cabeça, se for uma coisa mais séria, se não é, o que eu quero é resolver o problema. Eu já fui nervoso. Você viu, e ainda chegar lá e voltar? Não ter feito um procedimento, entendeu? Se você não tiver uma boa cabeça, você fica meio "xarope", é a realidade. Ah, foi frustrante...*

P8: *Sim, porque aí eu já fiquei um pouco mais amargurada porque vou ter que ficar mais tempo no hospital. Deve ser remarcar para a semana que vem. Então a gente fica mais introvertida, mais cansada, porque a gente quer a nossa casa, as nossas coisas. (...) Como paciente na hora, a gente fica traumatizada.*

P10: *É só ansiedade, é porque eu estou aqui nesta luta desde fevereiro.*

P11: *Fiquei ansiosa porque estava precisando resolver o problema. E quanto mais dias se passavam, mais já estava doendo também. E ficava aquela ansiedade de ter que pedir dispensa no trabalho de novo.*

Além disso, os relatos dos participantes evidenciaram um aumento do estresse, incluindo distúrbios do sono e instabilidade emocional diante da incerteza sobre a realização da cirurgia.

P14: *Agora, o senhor quer que eu vá pra casa, vou esperar que me chame daqui 1 ano, daqui 2, que eu já vou tá morta, porque essa célula que se espalha, ela avança muito rápido.*

P15: *Deixar mais preocupada, claro que deixa. Você fica sem dormir, você fica mais preocupada, você fica muito estressada, com muita ansiedade. Eu durmo à base de remédio, ter um problema que mexe desse jeito com o seu emocional, como é que você fica? (...) Você pode até sair curada da cirurgia, mas o psicológico vai pro “pau”. É porque eu trabalho muito com a minha cabeça, porque se não eu já estava doida.*

Além do prolongamento da hospitalização influenciar na ocorrência de incidentes, também foi exposto, que houve intensificação da dor física sentida pelo paciente devido ao tempo prolongado enquanto aguardava o procedimento.

P4: *E aqui eu sou o paciente mais revoltado da sala. Enfim, sou eu. Não deixo ninguém dormir porque eu tenho um problema de dor na coluna, entendeu? E mais esse problema da dor na perna.*

P5: *Eu queria, eu queria resolver a minha situação, principalmente esse aqui, que esse é que dói, esse aqui ó...*

P14: *A questão de cancelar já foi ruim, mas ficar lá, tipo, 2 horas esperando para retornar para tomar uma medicação, prolonga a dor. Para mim também foi bem complicado.*

Ademais, algumas pessoas informaram prejuízo financeiro, em razão de ficarem internadas, sem respaldo trabalhista devido ao trabalho autônomo:

P3: *Certeza que afeta a minha vida, eu estou aqui parada, né. Então, eu tinha que estar trabalhando. Ter feito logo a minha cirurgia.*

P11: *Porque é um trabalho de diária, e eu acabei perdendo 4 dias de diárias, 4 dias na verdade, é que eu sou cuidadora de idosos, recebo pelo dia que eu trabalho, eu cuido de 2 pessoas. Então o problema foi esse né prejuízo financeiro.*

P13: *Na minha vida adiou resolver as coisas do trabalho. Eu também estou só esperando. Não tenho carteira assinada.*

Foram observadas percepções divergentes em relação à segurança do paciente. Enquanto alguns participantes relataram experiências negativas ou inseguras ao longo da

internação, outros demonstraram confiança na equipe e no ambiente hospitalar, afirmando que se sentiram seguros e que a sua segurança foi, de fato, priorizada durante o cuidado.

Algumas falas são convergentes com os dados levantados na fase quantitativa, demonstrando que alguns pacientes puderam vivenciar experiências negativas em relação à segurança do paciente durante a reprogramação cirúrgica.

P1: Quando eu coloquei um dreno torácico e na hora de passar da maca para cama, o dreno caiu, aí saiu fora do lugar e eu não vi assistência nenhuma da enfermagem. E aí por causa disso eu evolui para um pneumotórax. Derrame pleural e agora uma pneumonia. Por decorrência do dreno. Fiz ouvidoria aqui.

P14: Presenciei um erro. Um erro bem grande, que foi o erro médico. O médico, ele chegou aqui e falou “é o seguinte, você realmente tem uma pedra nos rins, mas desde 2016, o seu outro rim não funciona” Eu falei, caraca moleque eu perdi o meu rim. Fiquei preocupado, eu desesperei e minha pressão bateu 19. Minha mãe veio aqui procurou conversar com o médico... explicou que eu nunca fui para um hospital, aí então ele desconversou. Ele ignorou o laudo da tomografia, do hospital anterior, que falava que eu tinha os 2 rins e veio aqui, e falou tudo isso.

P16: Um erro mesmo é a falta comunicação. Esse é um erro, não se comunicar, não ser claro nas coisas.

Apesar da relação estatisticamente significativa entre o prolongamento da hospitalização e a maior ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente, os dados qualitativos revelaram percepções distintas entre os pacientes quanto à vivência desse risco. Enquanto alguns relataram experiências negativas, associadas à insegurança e à fragilidade do cuidado, também foram observados relatos positivos, nos quais os pacientes afirmaram sentir-se seguros e bem assistidos durante o período de internação.

P6: Não tive dúvidas porque eles explicam tudo direitinho. De jeito nenhum, nenhum impacto foi tranquilo

P9: Eu tô aqui a mais de 20 dias consecutivos. Sim, sim, sim foi minha segurança foi priorizada

P13: Nenhum impacto, estou tomando remédio, estou jantando, tô lanchando, tô vivendo, eu tenho banheiro, estou tranquilo, estou lá, confortável. Não atingiu nada.

Nesse contexto, a Tabela 16 apresenta a distribuição das suspensões cirúrgicas por especialidade dos pacientes que permaneceram hospitalizados aguardando a reprogramação, destacando a ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente. Observa-se que a Ortopedia concentrou o maior número (n=105; 91%) de incidentes relacionados à segurança do paciente. Outras especialidades com alta proporção de incidentes incluem Mastologia, Trauma, Ginecologia e Otorrinolaringologia, com 100% das suspensões acompanhadas de algum tipo de

incidente. Neurocirurgia (80%), Oncologia (79%) e Cirurgia Torácica (77%) também apresentaram proporções elevadas.

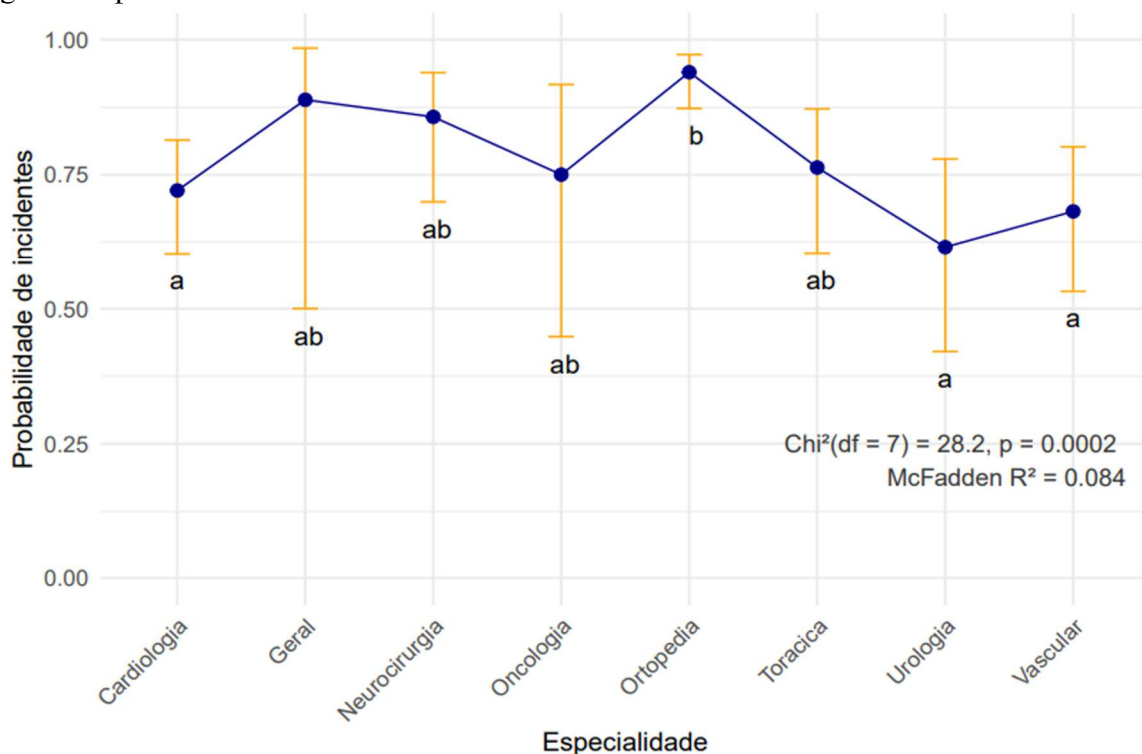
Tabela 16 – Suspensões cirúrgicas associadas a incidentes de segurança do paciente por especialidade no ano de 2023. Brasília. 2025.

ESPECIALIDADE	OCORRÊNCIAS DE SUSPENSÃO	SUSPENSÕES COM INCIDENTES	PROPORÇÃO DE INCIDENTES
Ortopedia	115	105	91%
Cardiologia	87	67	77%
Torácica	51	39	77%
Vascular	49	33	67%
Neurocirurgia	40	32	80%
Urologia	29	17	59%
Oncologia	14	11	79%
Geral	10	9	90%
Bucomaxilofacial	7	6	86%
Cabeça e pescoço	7	5	71%
Aparelho digestivo	4	3	75%
Mastologia	2	2	100%
Trauma	2	2	100%
Ginecologia	1	1	100%
Otorrinolaringologia	1	1	100%

Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto à relação entre a ocorrência de incidentes e a especialidade cirúrgica, também foi encontrada uma relação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 28.2$, $df = 7$, $p = 0.0002$, McFadden $R^2 = 0.084$) (Figura 12). Entretanto, o R^2 de McFadden (0,084) indica que essa relação não é forte, e essa não é a única variável que explica a probabilidade de incidentes. Apesar de a Ortopedia apresentar uma taxa de suspensão de 7.98%, baixa em relação às demais especialidades, como ilustrado na Tabela 12, a probabilidade de incidentes ocorridos entre a suspensão e a reprogramação cirúrgica é maior e se destaca das demais especialidades (Figura 9). As especialidades Cardiologia, Urologia, Vascular se diferenciam estatisticamente da Ortopedia, apresentando menor probabilidade de incidentes, enquanto que as especialidades Geral, Neurocirurgia, Oncologia e Torácica não se diferenciam das demais.

Figura 9 – Probabilidade de incidentes entre suspensão e reprogramação cirúrgica em 2023, segundo especialidade. Brasília. 2025.



Fonte: elaborado pelo autor.

Os incidentes relacionados à segurança do paciente foram classificados em diversos tipos, sendo que a maioria deles (67,82%) refere-se a processos e procedimentos clínicos. A documentação foi responsável por 26,51% dos registros, representando a segunda categoria mais frequente. Incidentes envolvendo sangue e hemoderivados corresponderam a 1,15%, enquanto os relacionados à dieta e alimentação totalizaram 1,02%. Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) representaram 0,80% dos casos, seguidas por medicação e fluídos endovenosos com 0,75%. Outras categorias, como comportamentos (0,75%), administração clínica (0,53%), acidentes do paciente (0,36%) e dispositivos ou equipamentos médicos (0,27%) tiveram menor representatividade. Causas relacionadas à gestão organizacional foram raras (0,04%) e não foram registrados incidentes relacionados a oxigênio, gás vapor, infraestrutura e instalações. Ao todo, foram contabilizados 2.256 incidentes, distribuídos conforme esses perfis, como mostra a Tabela 17.

Tabela 17 – Distribuição dos tipos de incidentes relacionados à segurança do paciente. Brasília, 2025.

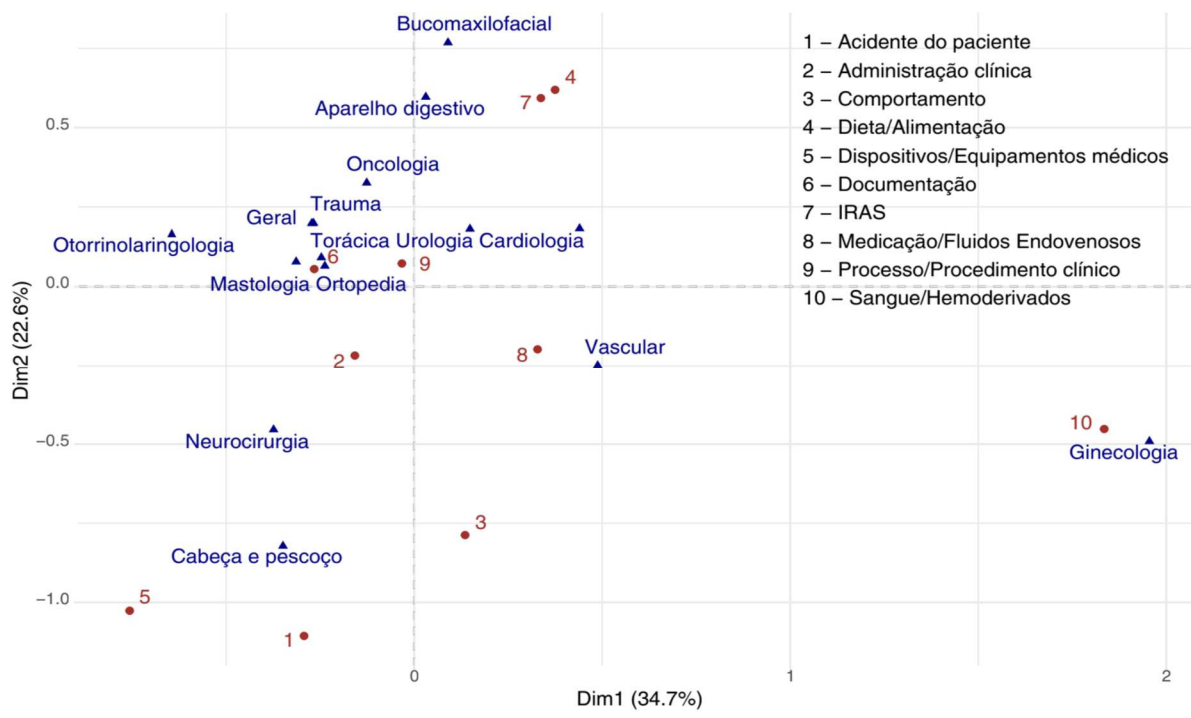
TIPO DE INCIDENTE	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
-------------------	------------	------------

Processo procedimento clínico	1.530	67,82
Documentação	598	26,51
Sangue hemoderivados	26	1,15
Dieta alimentação	23	1,02
IRAS	18	0,80
Medicação fluídos endovenosos	17	0,75%
Comportamento	17	0,75
Administração clínica	12	0,53
Acidente do paciente	8	0,36
Dispositivos médicos	6	0,27
Equipamentos médicos		
Recursos gestão organizacional	1	0,04
Oxigênio gás vapor	0	0,00
Infraestrutura instalações	0	0,00
Total	2.256	100%

Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto à associação entre tipos de incidentes e especialidades, a análise de correspondência revelou padrões de associação entre tipos de incidentes e especialidades médicas (Figura 11). O primeiro eixo da CA explicou 34,7% da inércia total, enquanto o segundo eixo explicou 22,6%, totalizando 57,3% da variância dos dados. Verificamos uma associação entre as especialidades Ginecologia e Vascular com os incidentes relacionados a Sangue/Hemoderivados; Cabeça e pescoço e Neurocirurgia se associam aos incidentes relacionados a Acidente do paciente e Equipamentos; Bucomaxilofacial, Aparelho digestivo e Oncologia se agrupam em torno dos incidentes relacionados à Dieta/Alimentação e IRAS; enquanto que a Vascular está próximo ao incidente relacionado à Medicação/Fluidos. As especialidades que se concentram no centro do gráfico, com menor contribuição, indicam um perfil de incidentes mais bem distribuído ou indiferenciado.

Figura 10 – Análise de correspondência entre tipos de incidentes e especialidades cirúrgicas em 2023. Brasília, 2025.



Fonte: elaborado pelo autor.

Diante ao exposto, a categoria revela o protagonismo de uma repercussão negativa na experiência do paciente após suspensão cirúrgica, que foi relacionado ao prolongamento da dor, ao jejum prolongado, a sentimentos de estresse, medo, ansiedade e frustrações, somando a repercussão na vida financeira. Ao identificar os fatores associados a experiência e a ocorrência de incidentes, a gestão organizacional e os profissionais vinculados à assistência direta podem promover a adoção de práticas específicas de modo a possibilitar uma redução desses sentimentos e ou agravamentos físicos e clínicos relacionados à suspensão da cirurgia.

A suspensão cirúrgica também gerou impactos negativos na imagem institucional, conforme evidenciado na categoria temática “Repercussão da experiência da suspensão cirúrgica na imagem institucional”. No que se refere ao planejamento e à execução das cirurgias, os pacientes perceberam desorganização no fluxo de trabalho, evidenciada pela incerteza quanto à remarcação, pela pouca agilidade na resolução dos problemas e pela dificuldade em garantir a eficiência do serviço.

P1: Não foi programado.

P4: *É assim no meu ponto de vista não foi ágil.*

P5: *Não teve planejamento, pelo contrário, ele falou que eu teria que fazer mais exame, que eu ia ficar internado.*

P8: *Sabe o que é que poderia ter feito para melhorar a minha experiência? mais agilidade eu acho.*

P12: *Aí ontem falaram que ia ser hoje, aí hoje eu já não estava na lista. Eu estou esperando, acho que foi péssimo. Está sendo péssima minha experiência no hospital.*

P14: *Tem esse descaso, falta o planejamento, organização e falta de comunicação.*

P14: *Acho que só a certeza, porque não foi só eu que fui tirado de lá. Então acho que a certeza, tipo, a garantia de um outro dia.*

P16: *E aí fico mais chateada ainda, porque tem gente que vem de casa já com uma cirurgia marcada e todo o horário certinho e faz a cirurgia e eu fico lá olhando a pessoa fazendo cirurgia e eu esperando, esperando.*

Outro ponto abordado, foi em relação à carência de profissionais necessários para realizar o procedimento cirúrgico, como falta de anestesista, bem como o diálogo entre a equipe de saúde.

P3: *Olha, eles têm um mapa cirúrgico, né. Fechar a cirurgia da semana seguinte, só que aí hoje, ela já falou que ainda não fechou porque tem um desfalque na equipe da semana que vem.*

P4: *Médicos? O paciente, para chegar no médico, tem que passar pela enfermeira. Às vezes a enfermeira está cheia. Aí o que acontece, ela não passa pra frente e acaba esquecendo, e a gente fica para trás.*

P14: *Não senti que foram priorizados, não, por mais que seja um caso de emergência. A própria instalação do hospital, não tem tantas pessoas que fazem o trabalho de cirurgia. Só que tem essa questão que são poucos médicos, então são tão poucos os que fazem a cirurgia para tantas pessoas em um momento específico.*

Os pacientes relataram insegurança e ausência de confiança no serviço de saúde, fortalecido por constantes remarcações e incertezas sobre a realização do procedimento cirúrgico, gerando frustrações referentes ao seu procedimento

P4: *Tem falhas que podem até surgir, podia uma pessoa falar, “ó, hoje você não vai fazer cirurgia, mas você vai ter que continuar em jejum até amanhã, porque talvez seja amanhã cedo”. Aí a gente já tem um outro modo de pensar. Aí a gente fica esperando. Ah, você vai fazer a cirurgia hoje? Não sei, vai? Ah, você vai fazer a cirurgia amanhã não sei, Ah, você vai fazer a cirurgia à noite? Não sei. Aí você vai ficar mais uma noite sem comer nada.*

P7: *Ele só falou que foi imprevisto, só isso, foi breve, a conversa foi breve, é só falou que por esse imprevisto lá, não ia poder fazer hoje. Em média comunicação. Não ficou aquele negócio muito claro para mim não.*

P9: *A expectativa que vai fazer hoje. Aí hoje, de uma hora para outra, não vai fazer. É a terceira vez, tipo a equipe te busca, aí passa das 7h quer dizer, cadê não vai ter?*

P14: *Eu acho que pela questão de você já imaginar que vai se livrar daquela dor, que vai fazer aquela cirurgia. E aí você chega lá e fica horas lá esperando e são mais horas para poder alguém ir lá te resgatar.*

P15: *Agora a dúvida aqui na cabeça, será se acontece quarta? E aí estou esperando.*

P16: *Todo dia é incerteza. Não tem como saber, organizar com a minha mãe, porque não tem como falar o certo, vai ser amanhã? Não já me liberaram a dieta. Aí eu falo agora me deixaram sem dieta é frustrante.*

P17: *Mas eu acho que tem que marcar um negócio certo falar a verdade, se vai ter ou não. Para mim isso de não ser o dia certo me deixa revoltado, por isso não acho certo com a pessoa.*

Ainda na categoria Repercussão da experiência da suspensão cirúrgica na imagem institucional, depreendeu-se que, segundo a percepção dos pacientes, a imagem institucional é prejudicada pela desorganização no planejamento da rotina hospitalar, evidenciada por suspensões cirúrgicas recorrentes, ausência de definição quanto à data do procedimento e escassez de profissionais, o que reforça a sensação de insegurança durante o período de hospitalização.

Apesar dos efeitos negativos da suspensão cirúrgica na experiência do paciente, na categoria “Percepção do paciente sobre experiências que mitigam os efeitos negativos da suspensão cirúrgica”, foram apurados relatos demonstrando sentimento de aceitação em relação ao adiamento da cirurgia. Tal aceitação foi associada ao entendimento de que a equipe ainda precisaria complementar a avaliação do paciente com exames, assim como a oportunidade do paciente em ter um contato maior com a equipe de cirurgia:

P2: *Bora esperar mais um pouco, que está por vir a cirurgia. Ainda falta alguns exames para eu fazer e eu aceitando que para mim foi melhor. Tudo que eles falavam eu tava concordando. Fui esperando e achando legal (...) acho que o meu pensamento foi positivo.*

P13: *Isso para mim foi um alívio, porque eu não estava vendo eles e ninguém me chamava, eu não via ninguém.*

Uma reprogramação cirúrgica ágil, a comunicação sobre a possibilidade da suspensão (desde que esta não seja sequencial e recorrente) e promover suporte nutricional permitiram ao paciente ter uma jornada hospitalar mais cômoda. Tais ações denotam uma percepção positiva em relação à organização hospitalar:

P3: *Sempre negativo você ter sua cirurgia suspensa, né, mas assim. Eu me preparei porque ela já tinha avisado que a minha cirurgia não teria horário para começar,*

porque dependeria da cirurgia da manhã, então na hora que ela falou isso eu já imaginei o risco.

P7: Foi ágil.

P9: Foi organizado, até mesmo porque eles já remararam, falou se não for suspenso de novo, mas já estava marcado para hoje à noite.

P13: Eu acho que os médicos, eles se reuniram para chegar os dois e falarem comigo.

P15: Estão me oferecendo comida, comida é o que não falta enquanto espero.

Em relação à espiritualidade, observou-se que alguns pacientes recorreram à fé como forma de consolo e de aceitação frente à suspensão do procedimento cirúrgico.

P2: Quando eu ia operar chegava Deus e metia a mão, chegava um pior na minha frente.

P6: Achei tranquilo porque eu confio muito em Deus. Em relação a isto, eu pensei assim, se não foi para mim ir, porque não era pra ir. Eu senti que não estava preparado, que Deus não tinha preparado para esse dia.

P8: Pensei “senhor, se for para acontecer o cancelamento é porque não era para ser naquele dia”.

P9: Não vai impactar não, Deus sabe de tudo, minha saúde foi mais resguardada.

P10: Mas depois a gente vai pensar que tudo é decisão de Deus, eu não decido nada na minha vida, é tudo a vontade de Deus. Então, se não foi da vontade dele, se não aconteceu hoje é porque não foi da vontade dele.

P11: Eu avalio que coisas de Deus, não é que não era para ser naquela hora, não é? É porque já tinha internado, já tinha tomado soro a noite toda, não é? Aí no outro dia não deu certo. Mas tudo é providência de Deus.

P13: Não é como eu quero não, é como Deus quer e vocês ter tempo.

A atuação da equipe de saúde também promoveu um ambiente mais seguro dentro da atenção hospitalar. Para alguns os pacientes, a equipe de saúde esteve presente, identificando suas fragilidades e proporcionando um acolhimento eficiente, atenção e cuidados assistenciais:

P2: A suspensão melhorou. Tipo assim, eu acho que se opera ia ser pior. Queria matar com remédio. Eu cheguei aqui, eu não via nada no hospital. Melhorei demais. Estavam cuidando para isso. Fui bem cuidado.

P8: Nesse caso, sim, eu estou sendo muito bem tratada tanto com os meus remédios, entendeu como a atenção das meninas, estou sendo muito bem tratada nesse caso.

P10: Sim, foi minha segurança foi priorizada.

P11: A médica falou que eu seria a primeira, hoje, né. Então uma coisa é imprevisto.

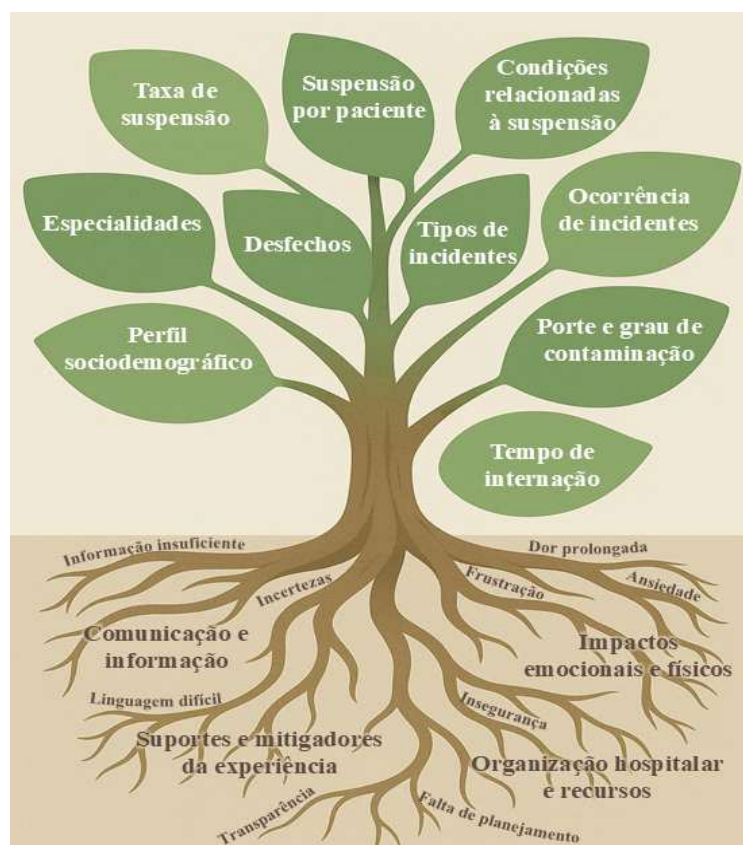
P13: *Ele disse que o médico ia falar comigo, que a gente vai fazer pra segunda-feira ou quarta. Eu falei estou aqui mesmo. Estou na mão de vocês. Eles passaram tanta confiança pra mim. Pronto, olha o que ele diz, a gente vai colocar você não primeiro horário da manhã, 6h eu ia ser o primeiro. Pronto me confortou, me visitou. Pra falar a verdade. Eu achei ótimo do médico falar, do que um assessor falar, passa mais confiança para o paciente o médico falando. Tão cuidando muito bem de mim.*

P14: *O pessoal, que trabalha aqui, as enfermeiras, as técnicas, são pessoas sensacionais(...) Bom, teve algumas coisas boas. Eu não tenho do que reclamar das enfermeiras, as técnicas de enfermagem e das moças da limpeza.*

De modo geral, os resultados da pesquisa evidenciam que a suspensão cirúrgica representa um evento com múltiplas repercussões na experiência do paciente, influenciando a sua segurança e trazendo implicações para a organização do cuidado. Os relatos dos pacientes complementaram os achados quantitativos, trazendo à tona sentimento de frustração, ansiedade, dor, insegurança e perdas financeiras.

A representação gráfica (Figura 12) em forma de árvore representa, visualmente, os resultados do presente estudo de métodos mistos sobre suspensão de cirurgias, articulando os achados quantitativos e qualitativos de forma integrada.

Figura 11 – A árvore da suspensão cirúrgica: o que se registra e o que se sente. Brasília, 2025.



As folhas da árvore simbolizam os indicadores tradicionalmente mensurados e utilizados pelos sistemas e serviços de saúde, como taxa de suspensão, número de suspensões por paciente, condições e motivos relacionadas à suspensão, ocorrência de incidentes, tempo de internação hospitalar, especialidades médicas envolvidas, perfil sociodemográfico dos pacientes e desfechos clínicos. Esses elementos compõem a dimensão quantificável da atenção cirúrgica, frequentemente utilizados na gestão hospitalar para avaliação do desempenho assistencial e da segurança do paciente.

Dessa forma, o estudo revela que indicadores de saúde, embora fundamentais, não detectam integralmente a complexidade dos impactos ocasionados pela suspensão de cirurgias. As raízes da árvore representam justamente os aspectos “invisíveis” ou não mensurados pelas estatísticas institucionais, mas que emergiram com força na etapa qualitativa da pesquisa. Entre eles, destacam-se falhas na comunicação, uso de linguagem técnica de difícil compreensão, insegurança institucional, frustrações, ansiedade, dor e incertezas quanto ao reagendamento do procedimento cirúrgico. Esses fatores revelam o sofrimento físico e emocional vivenciado pelos pacientes, evidenciando lacunas na abordagem centrada no indivíduo.

Além disso, destaca-se a importância dos suportes e mitigadores da experiência negativa, como a transparência nas informações, o acolhimento pela equipe de saúde e os recursos subjetivos dos próprios pacientes. Esses elementos, ainda que não apareçam nos registros administrativos, exercem papel crucial na experiência da hospitalização e na percepção de segurança do cuidado. A metáfora da árvore permite visualizar a integração entre o que é visível e documentado (as folhas) e o que está subterrâneo, mas que influencia fortemente na experiência do paciente (as raízes), reforçando a relevância da abordagem mista para compreender, de maneira mais ampla, o fenômeno da suspensão cirúrgica.

DISCUSSÃO

A suspensão cirúrgica é um importante indicador que deve ser acompanhado pelos gestores dos sistemas e dos serviços de saúde. Quando esse indicador se encontra em taxas elevadas, pode contribuir negativamente para a qualidade dos serviços prestados pelas instituições, além de aumentar os custos financeiros e influenciar no fluxo e na experiência do paciente dentro dos serviços de saúde (Conteratto et al., 2020).

Levando em consideração o valor médio das diárias das clínicas cirúrgicas, o tempo de internação dos pacientes entre o cancelamento e a realização da cirurgia, a quantidade de internações no período, os custos com diárias de acompanhantes e o desperdício de materiais, os cancelamentos cirúrgicos podem gerar impactos financeiros significativos, estimados em R\$ 654.737,06 em um hospital brasileiro (Carvalho, 2018). De forma semelhante, em outros contextos, como nos Estados Unidos, cada procedimento cancelado pode resultar em perdas de aproximadamente US\$ 2.000 por hora (Lee et al., 2017), evidenciando que os custos decorrentes da suspensão de cirurgias representam um desafio relevante para a gestão eficiente dos recursos hospitalares.

A literatura ainda apresenta divergências quanto à taxa de cancelamento aceitável de suspensões cirúrgicas eletivas, com autores sugerindo um índice aceitável entre 3 - 9% (Perroca et al., 2007; Dobarro et al., 2019). No presente estudo, a taxa de suspensão cirúrgica foi de 11,62%, ultrapassando o intervalo sugerido como ideal. Este achado reforça a necessidade de revisar processos assistenciais, administrativos e logísticos que interferem na efetivação dos procedimentos cirúrgicos.

A maioria dos pacientes teve apenas uma cirurgia suspensa (84,44%), mas foram identificados casos de reincidência, com até quatro suspensões ou mais (0,72%). Esses episódios apontam para fragilidades persistentes no gerenciamento de agendamentos e no preparo pós-operatório. Além do impacto operacional e financeiro, o cancelamento de cirurgias provoca efeitos psicológicos importantes, especialmente em pacientes em situação de vulnerabilidade social. Nesses grupos, as barreiras econômicas, o menor acesso a informações claras e as dificuldades para cumprir as etapas do processo pré-operatório aumentam o risco de suspensões e o absentismo (Antônio, Munari e Costa, 2002; Costa, Santos e Corgozinho, 2024).

Em relação ao perfil sociodemográfico, a média de idade dos pacientes cujas cirurgias foram suspensas foi de 54,9 anos, valor que se alinha ao perfil etário predominante em estudos prévios (Schuster et al., 2011; Sung et al., 2010). Observou-se ainda uma predominância de

pacientes do sexo masculino (55,18%), o que pode refletir padrões de adesão diferenciados aos serviços de saúde. Homens, de modo geral, tendem a postergar o cuidado com a própria saúde, sendo que diversas pesquisas associam como fatores a construção social da masculinidade, a associação do autocuidado e sinais de fragilidade e a incompatibilidade entre horários de funcionamento das unidades de saúde e as rotinas laborais, que acabam contribuindo significativamente para a menor procura masculina por assistência, especialmente no âmbito da atenção primária (Gomes, Nascimento e Araújo, 2007; Silva et al., 2023).

Além disso, evidências indicam que homens tendem a buscar serviços de saúde apenas em situações de maior gravidade clínica, o que pode levar a quadros mais complexos e, conseqüentemente, ao aumento da taxa de procedimentos cirúrgicos (Travassos, Oliveira e Viacava, 2006).

No recorte por raça/cor, a maioria dos pacientes era parda (79,18%), seguidos por brancos (12,34%), amarela (4,86%) e pretos (3,74%). Esses dados refletem a composição demográfica local, mas também podem indicar desigualdades raciais nos fluxos de cuidado e no acesso aos serviços de saúde especializados. A literatura aponta que a raça/cor constitui um marcador estrutural das desigualdades em saúde, sendo o racismo estrutural e institucional um fator relevante na limitação do acesso, da qualidade e da continuidade do cuidado prestado a populações negras e pardas (Araújo et al., 2009; Luiz et al., 2021; Tomasiello et al., 2023). No contexto cirúrgico, tais desigualdades podem expressar tanto na dificuldade do acesso oportuno aos serviços especializados quanto em processos administrativos e logísticos que elevam o risco de suspensão dos procedimentos.

No que se refere à classificação cirúrgica, predominou a natureza eletiva (69,1%), cuja realização depende de um planejamento prévio e adequado preparo clínico, sendo, portanto, mais suscetível à suspensão por razões logísticas e assistenciais. Ainda sim, observou-se uma proporção considerável de suspensões em cirurgias de urgência (29,6%), às quais, em tese, deveriam ser priorizadas no fluxo cirúrgico institucional.

Ainda com relação ao perfil de cirurgias suspensas, observou-se que a maioria dos procedimentos classificados quanto ao potencial de contaminação eram do tipo limpo (71,3%), o que reforça que as suspensões não se concentraram em procedimentos de maior risco infeccioso. No que diz respeito ao porte cirúrgico, a maior parte dos cancelamentos ocorreu em procedimentos de porte 2 (50,72%), que, conforme definido pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), envolve procedimentos com tempo estimado entre 2 e 4 horas, média probabilidade de perda de fluido ou sangue e necessidade de

organização prévia, porém sem exigências de estrutura altamente especializada, como no porte 3 ou 4 (Parecer CRM-ES nº006/2015). A elevada frequência de suspensões nesse grupo pode indicar descompassos na logística hospitalar, como falhas no agendamento, alocação de sala, gestão de insumos e escala de profissionais. Já os procedimentos de porte 1 e 3 apresentaram menor representatividade nas suspensões, o que pode estar associado, respectivamente, à sua simplicidade, que exige menos tempo e recursos, ou à sua gravidade, que implica maior prioridade institucional e mobilização imediata de recursos especializados.

Quanto à finalidade dos procedimentos suspensos, verificou-se predominância de cirurgias com finalidade curativa (74,05%). Esse achado é particularmente relevante, pois revela o impacto potencialmente grave que o adiamento pode exercer sobre o estado clínico e emocional dos pacientes. A postergação de cirurgias com intenção de cura pode favorecer a progressão da doença de base, atrasar o início ou a conclusão do tratamento e comprometer os desfechos terapêuticos, sobretudo em patologias como neoplasias, doenças vasculares ou condições degenerativas em que o tempo é um fator crítico para o prognóstico (Paschoal e Gatto, 2006; Aquino, Moura e Pinto, 2012).

No levantamento dos principais motivos de suspensão, destacaram-se três causas predominantes: cirurgia anterior que ultrapassou o tempo previsto (11,07%), não comparecimento do paciente (10,29%) e divergência na programação cirúrgica (10,03%). Esses fatores ilustram a multifatorialidade envolvida na suspensão cirúrgica, combinando aspectos organizacionais, clínicos e institucionais.

No tocante às causas clínicas de suspensão, destaca-se a ausência de um ambulatório de avaliação pré-anestésica como fator estruturante. Foram identificadas suspensões por comorbidade descompensada (n = 90; 5,90%), ausência de parecer cardiológico (n = 24; 1,57%), falta de exames laboratoriais ou de imagem (n = 17; 1,11%), não suspensão de medicamentos (n = 7; 0,46%) e jejum inadequado (n = 21; 1,38%). Esses dados evidenciam falhas no processo pré-operatório, o que poderiam ser minimizadas com protocolos assistenciais estruturados e fluxos bem definidos.

O presente estudo identificou a falta de profissionais da saúde, tais como, anestesistas, equipe de enfermagem e cirurgiões, como motivos do cancelamento de cirurgia. Estudo de Brito et al. (2022), afirma que essa carência de profissionais representa 5,5% da taxa de suspensão. Outro ponto levantado são os erros no planejamento e organização de datas ou exames necessários, com percentual de 11,5%. Os autores também afirmam que o avanço do tempo das cirurgias anteriores ocupa 4,7% nas taxas de adiamentos das cirurgias eletivas. Consoante a

estes dados apresentados, constatou-se nessa investigação que os cancelamentos podem ocorrer inclusive, com os pacientes já admitidos no centro cirúrgico.

A maior parte das ausências dos profissionais no trabalho contribui para a redução da disponibilidade de recursos humanos na instituição. Como consequência, observa-se impacto na qualidade da assistência prestada e aumento dos custos relacionados aos dias de trabalho perdidos (Santana et al., 2016).

Diante desse cenário, torna-se fundamental repensar a organização do trabalho, os modelos gerenciais e as estruturas institucionais, além de investir em estratégias para reduzir o absenteísmo, como planejamento adequado da equipe, dimensionamento correto de profissionais frente à demanda e valorização do trabalhador por meio de jornadas compatíveis e remuneração justa, de forma a promover engajamento e continuidade da assistência de qualidade (Santana et al., 2016).

A qualidade da assistência em saúde é essencial para garantir cuidados seguros e eficazes aos pacientes, sendo diretamente influenciada pela atuação da equipe de enfermagem e pela organização dos serviços hospitalares. A atuação da enfermagem é fundamental na prevenção das suspensões cirúrgicas, por meio do cumprimento de protocolos, monitoramento contínuo e comunicação eficaz com a equipe multiprofissional. Portanto, a gestão eficiente dos processos cirúrgicos, aliada à valorização e capacitação da equipe de enfermagem, é crucial para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada aos pacientes (Gonçalves et al., 2020; Conteratto et al., 2020)

Um dos fatores críticos identificados do local do estudo é a ausência de um ambulatório de avaliação pré-anestésica, o que compromete a detecção precoce de condições clínicas que inviabilizam a realização do procedimento. Apesar dos objetivos deste estudo não abranger a classificação dos motivos de cancelamento em evitáveis e não evitáveis, a partir da análise das justificativas das suspensões, aspectos tais como mau controle de comorbidades crônicas, ausência de exames complementares, parecer cardiovascular não realizado e falta de suspensão de medicações denotam um cuidado pré-operatório ineficiente. A literatura é categórica ao trazer que a avaliação pré-operatória é capaz de influenciar positivamente nos índices de cancelamento (Botazini; Carvalho, 2017; Schuster et al., 2011; Dobarro et al., 2019; Emanuel; Macpherson, 2013).

Dos motivos relacionados ao paciente, o mais prevalente encontrado foi o não comparecimento, com 10,29% dos casos. Vários relatos trazem o absenteísmo como um motivo

relevante no que se concerne ao cancelamento de cirurgias eletivas, com taxas variando entre 6% a 60% (Botazini; Carvalho, 2017; Dobarro et al., 2019; Abeeleh et al., 2017).

Embora não tenha sido objetivo do presente estudo identificar as causas do não comparecimento, foi possível, em outra etapa da pesquisa, observar, por meio da análise dos prontuários, que alguns pacientes procuraram os serviços alguns dias antes da data prevista para a cirurgia, a fim de se informar sobre o andamento do agendamento cirúrgico. Ainda assim, no dia do procedimento, a cirurgia foi suspensa por absentéismo. Diante disso, sugere-se a investigação das causas do não comparecimento no dia do procedimento, considerando que o paciente demonstrava estar engajado no fluxo cirúrgico. Também se recomenda avaliar se houve falhas na comunicação quanto à confirmação do procedimento, incluindo se o paciente foi devidamente informado sobre a data, horário e demais orientações pré-operatórias.

Abeeleh et al., (2017) justificam uma taxa de absentéismo de 60% no serviço estudado por eles devido à ausência de um protocolo que lembre os pacientes de suas consultas e procedimentos por meio de chamadas telefônicas, mensagens de texto ou e-mails. Além disso, o insucesso em avisar os pacientes pode ser atribuído à falta de atualização de dados cadastrais.

A especialidade de Anestesiologia apresentou o maior percentual de cancelamento (50%), seguido pelas especialidades Torácica (27,25%), Cabeça e Pescoço (25,44%) e Cardiologia (24,55%). Esse achado se assemelha a dados reportados na literatura, nos quais especialidades de alta complexidade e dependentes de estrutura tecnológica especializada apresentam maior propensão à suspensão. Moreira et al. (2016) identificaram a Cardiologia como especialidade com maior taxa de cancelamento (25,5%), seguida da Ortopedia (22,1%). Esses resultados indicam que áreas que demandam suporte intensivo, como UTI, hemoderivados e monitoramento avançado, estão mais sujeitas a variações logísticas e clínicas no momento da cirurgia.

De forma semelhante, no estudo de Santos e Bochi (2016), a Ortopedia e a Cirurgia Pediátrica lideraram os cancelamentos, com 19,51% e 19,85% respectivamente, possivelmente devido à maior vulnerabilidade clínica de pacientes pediátricos e à complexidade de organização dessas cirurgias. Embora essas especialidades não coincidam com o ranking do presente estudo, reforçam a tendência de que especialidades que demandam maior atenção multidisciplinar e suporte institucional estejam mais suscetíveis a cancelamentos.

Somado a isto, sublinha-se que essas especialidades frequentemente demandam leitos em unidades de terapia intensiva ou em enfermarias cirúrgicas no pós-operatório, além da utilização de materiais específicos, como Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME),

todos sujeitos a entraves administrativos. A dependência de recursos críticos e a necessidade de pareceres especializados contribuem para que essas áreas estejam entre as mais afetadas pela suspensão cirúrgica em diversos contextos hospitalares.

Esses dados reforçam que a análise do perfil de cancelamento deve considerar, além da especialidade, os aspectos estruturais do hospital, a presença de protocolos pré-operatórios, a capacitação das equipes e a existência de ambulatórios específicos de triagem clínica e anestésica.

No tocante à distribuição por turnos, o maior percentual de suspensões foi registrado no turno da tarde (45,35%), seguido pelo turno da manhã (41,68%) e noturno (12,98%). Embora os dados indiquem predominância no período vespertino, é importante considerar que a metodologia do estudo não incluiu o número total de cirurgias agendadas por turno, o que limita a interpretação comparativa direta. Ainda sim, observa-se que no turno da tarde predominaram causas administrativas, muitas delas registradas sob a categoria “outros”, frequentemente de forma subjetiva. Já no turno da manhã, prevaleceram as causas relacionadas ao cirurgião, o que pode estar vinculado ao fato de que os pacientes são admitidos no próprio dia do procedimento e, portanto, pendências clínicas e assistenciais são mais perceptíveis nas primeiras avaliações do dia.

A predominância das suspensões nos dois primeiros turnos pode ser associada ao maior volume de procedimentos agendados nesses períodos, além de refletir fatores organizacionais, como atrasos acumulados no início das atividades, indisponibilidade de recursos ou interferências na dinâmica hospitalar ao longo do dia.

Observou-se que, no hospital local do estudo, o maior percentual (n = 178; 11,67%) de cancelamentos ocorreu no turno da tarde, predominantemente por causas administrativas. Tais causas foram, em sua maioria, relatadas de forma subjetiva no formulário de suspensão cirúrgica, sendo classificadas sob a categoria “outros” e na manhã por causas relacionadas ao cirurgião (n = 163; 10,68%).

No contexto institucional estudado, é comum que as cirurgias programadas para o turno matutino avancem para o período da tarde, contribuindo para atrasos sucessivos e, por vezes, para a suspensão de procedimentos agendados para o turno vespertino. Diante desse cenário, torna-se imprescindível o investimento em estratégias que permitam identificar e mitigar as causas de atrasos, com especial atenção à acurácia na estimativa da duração cirúrgica e anestésica. A previsão do tempo total de cada procedimento deve ser utilizada como parâmetro

para o dimensionamento adequado da agenda cirúrgica diária, considerando a possibilidade de prolongamentos inesperados.

Observou-se ainda que a maioria dos pacientes são admitidos no hospital no mesmo dia da cirurgia, o que pode influenciar a dinâmica assistencial, especialmente no início da manhã, quanto há menos tempo para resolver pendências clínicas como ausência de exames, pareceres ou ajustes terapêuticos. Essa dinâmica pode justificar a maior concentração de suspensões cirúrgicas por causas médicas no turno matutino.

Cabe destacar que a metodologia adotada neste estudo não contemplou a análise da distribuição total de cirurgias agendadas por turno. Essa limitação impede a aferição precisa de taxa proporcional de suspensões em cada período do dia, uma vez que a concentração de agendamentos pode ter influenciado diretamente o maior número absoluto de cancelamentos observados em determinado turno.

Considerando que as doenças oncológicas são, em sua maioria, invasivas e apresentam prognóstico desfavorável na ausência de tratamento oportuno, optou-se por diferenciar os casos oncológicos dos não oncológicos na análise dos dados. Nessa situação, mesmo os atrasos de algumas semanas podem ter um impacto negativo nas taxas de cura e sobrevida global, tornando o cancelamento dessas cirurgias um evento de alta relevância clínica. Dessa forma, os procedimentos oncológicos exigem prioridade na agenda hospitalar e monitoramento rigoroso, a fim de evitar desfechos adversos decorrentes da postergação do tratamento cirúrgico (Eskander et al., 2022).

Partiu-se da hipótese de que, por se tratarem de pacientes mais críticos, com doenças de natureza dinâmica e progressiva, os cancelamentos por condições relacionadas ao cirurgião seriam os mais prevalentes entre os casos oncológicos. Os dados confirmam parcialmente essa expectativa, uma vez que 27,50% das suspensões cirúrgicas relacionadas a neoplasias no estudo foram atribuídas a causas relacionadas ao cirurgião.

A necessidade de priorização dos casos oncológicos na agenda cirúrgica se justifica, sobretudo, pelo consenso da literatura de que atrasos no início do tratamento comprometem diretamente o prognóstico. Leite, Ruhnke e Valejo (2021) demonstraram que intervalos superiores a 60 dias entre o diagnóstico e o início da terapêutica em pacientes com câncer de mama já resultaram em aumento significativo da mortalidade. Além disso, atrasos superiores a 12 semanas no tratamento cirúrgico curativo foram associados ao aumento da mortalidade, especialmente com tumores de mama e cólon.

Em consonância com a literatura, um estudo canadense apresentou uma taxa de cancelamento baixo em cirurgias oncológicas, mas encontrou que quando essas cirurgias foram canceladas, estavam associadas a tempo de espera mais longo, com mediana de 41–49 dias, além de taxas mais altas de complicações e aumento dos custos mesmo em sistemas com maior organização de fluxo oncológico (Eskander et al., 2022).

Infelizmente, estes resultados de estudos internacionais não podem ser plenamente extrapolados ao nosso contexto. No Brasil, especialmente em instituições públicas, há carência de protocolos estruturados de triagem e organização do fluxo oncológico, o que dificulta a priorização adequada dos casos mais urgentes (Leite et al., 2021). Essa realidade pode agravar os impactos do cancelamento de cirurgias oncológicas, tendendo a comprometer a saúde emocional desses pacientes.

Nesse aspecto, Netto et al. (2009) destacam que a suspensão de uma cirurgia esperada, especialmente em casos de doenças graves como os tumores do sistema nervoso, pode gerar ou agravar quadros de ansiedade e depressão. A curva emocional nesses pacientes tende a oscilar entre ansiedade e desânimo, especialmente quando o procedimento é cancelado ou adiado repetidamente. O impacto emocional pode ser tão significativo quanto o físico, interferindo negativamente no engajamento do paciente com o tratamento e na percepção da própria evolução clínica.

Portanto, os casos oncológicos não devem ser vistos apenas sob a ótica da urgência médica, mas também como eventos que exigem sensibilidade institucional e estratégia organizacional. Isso inclui, por exemplo, revisão de protocolos de agendamento, priorização de insumos e leitos, e implementação de sistemas que reduzem o tempo entre a indicação cirúrgica e sua execução. A complexidade e os riscos associados à postergação desses procedimentos demandam, assim, respostas interdisciplinares e alinhadas com as diretrizes de segurança do paciente (Eskander et al., 2022).

A pesquisa possibilitou observar que dos 354 pacientes que permaneceram hospitalizados aguardando a reprogramação cirúrgica, 287 (81,07%) apresentaram incidentes relacionados à segurança do paciente, e apenas 67 (18,93%) não apresentaram incidentes durante esse intervalo de tempo. Em relação à faixa etária desses pacientes, a média identificada foi semelhante à descrita por outros estudos, que foi de aproximadamente 58 anos. (Faria et al., 2022)

Foi observado por Faria et al., (2022) que após o período de três dias de internação hospitalar, a chance de ocorrência de eventos adversos duplica. Neste estudo, a média de

reprogramação e realização das cirurgias foi de 6,74 dias, um valor menor, quando comparada ao estudo realizado em um hospital geral. Foi observado ainda que há uma diferença significativa de espera entre uma especialidade médica e outra, principalmente em áreas mais sensíveis como a oncologia e a cardiologia, o que pode impactar negativamente no prognóstico clínico dos pacientes que aguardam o procedimento cirúrgico (Sanjay et al., 2007).

Ao associar a média de incidentes ao tempo de prolongamento de hospitalização, observou-se que o tempo médio entre a suspensão e a reprogramação cirúrgica dos pacientes que sofreram incidentes relacionados à segurança do paciente foi, em média, 4,18 dias superior ao daqueles que não apresentaram incidentes relatados. O estudo realizado por Teixeira et al. (2018), demonstrou que o tempo de hospitalização influencia diretamente na ocorrência de eventos adversos. O risco de ocorrer um evento adverso em pacientes que estão hospitalizados por mais de 9 dias é 34 vezes maior quando comparados a hospitalizações com um intervalo inferior.

O tempo de permanência foi estatisticamente significativo quando relacionado a ocorrência de incidentes também foi relatado por Barcelos; Tavares (2017), indicando que, à medida que o tempo de permanência hospitalar aumentou, o número geral e estratificado de incidentes sem danos também se elevou. No presente estudo, também houve uma relação positiva diante da ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente entre a suspensão e a reprogramação cirúrgica.

Ao analisar o tempo de permanência no hospital, Silva et al., (2021) demonstraram que ocorreram cerca de 3,82 eventos adversos para cada 100 pacientes por dia. Também foi observado que mais da metade desses eventos, aproximadamente 57,2%, aconteceram nas enfermarias. Um número ainda maior foi identificado por Roque, Tonini e Melo (2016), de 9,3 incidentes com dano para cada 100 pacientes/dia, e esses eventos adversos chegaram a aumentar o tempo de internação em cerca de 19 dias. Já a revisão feita por Eggenschwiler et al. (2022) revelou uma taxa de aproximadamente 30 incidentes com dano para cada 100 internações por dia. Levando em consideração a metodologia apresentada, em que foi avaliado o período entre a suspensão cirúrgica e a reprogramação e excluindo o período integral de hospitalização, foi detectada uma média de 6,37 incidentes por paciente.

Neste estudo, foi observado um valor cerca de seis vezes superior ao identificado por Faria et al. (2023), que identificou uma média de 1,3 incidentes com dano por paciente, o que pode refletir maior sensibilidade na detecção, maior tempo de internação ou maior complexidade dos casos analisados.

Em João Pessoa, foi investigada a incidência de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS) durante a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica. As infecções foram observadas a partir do quinto dia de internação, revelando uma correlação linear entre o tempo de internação e o aumento no número de pacientes infectados. Além disso, constatou-se que, à medida que o tempo de internação se prolongava, aumentava também a utilização de dispositivos médicos, o que levou à conclusão de que o aumento da hospitalização está diretamente relacionado ao uso de dispositivos invasivos e à incidência de IRAS (Pereira et al., 2021).

De acordo com Nakamura, Oliveira e Fuganti (2024), pacientes que apresentaram eventos adversos cirúrgicos permaneceram internados por seis dias ou mais e, em alguns casos, necessitam de reoperação dentro de 30 dias após o procedimento inicial, independentemente do tipo de cirurgia realizada.

Na pesquisa, a maior parte (67,82%) dos incidentes foram classificados como processo/procedimento clínico, seguido de (26,51%) de incidentes classificados como documentação. Esse resultado diverge de Barcelos e Tavares (2017), que em seu estudo, o maior percentual foi de incidentes relacionados a documentação em 97,3% dos casos, seguido de 5,0% relacionados a processo/procedimento clínico.

Em 2015, o estudo de Paranaguá et al. (2016), analisou dados secundários de pacientes de uma clínica cirúrgica e evidenciou que em 220 (29,3%) internações não foram encontradas a evolução diária do quadro clínico do paciente. Nesse contexto, falhas na documentação foram a segunda maior ocorrência identificada com 26,51% dos incidentes no período de reprogramação cirúrgica.

Os incidentes relacionados à transfusão de sangue tiveram um percentual baixo (1,15%), mas mantêm relevância clínica e organizacional. As transfusões de sangue são essenciais para tratar algumas doenças, mas, como envolvem riscos e podem ser caras, é cada vez mais importante usar esses procedimentos de forma mais cuidadosa e racional, tendo em vista seu uso em uma escala vasta (Reis, Silva e Araújo, 2023).

Garcia (2020), avaliou os relatórios do processo de transfusão sanguínea em um hospital universitário. Dos 359 checklists considerados não conformes, a ausência do registro da verificação dos sinais vitais aos 30 minutos após o início da transfusão foi a não conformidade mais frequente, ocorrendo em 83% dos formulários. Em seguida, destacou-se a ausência de anotação do monitoramento do paciente nos primeiros 10 minutos da transfusão, identificada em 72,7% dos impressos. O estudo também identificou falhas no monitoramento, uma vez que

todas as transfusões realizadas durante o período de reprogramação apresentaram inconsistências no acompanhamento dos pacientes submetidos a essa terapia.

Em relação aos incidentes, um estudo realizado no Centro-Oeste evidenciou que a maioria dos incidentes sem danos foram referentes aos sinais vitais incompletos e à omissão de cuidado, caracterizando falhas no cuidado de enfermagem e no gerenciamento do serviço. As anotações dos sinais vitais são imprescindíveis para evidenciar o estado geral do paciente. Sua ausência dificulta a avaliação real das atividades assistenciais, impedindo a visualização de desvios hemodinâmicos. A ação inadequada e a omissão, por parte do enfermeiro ou outros profissionais, podem expor o paciente a riscos por negligência, imprudência ou imperícia (Chourabi et al., 2024). Outro aspecto a ser considerado é que a metodologia adotada não contemplou a classificação dos incidentes em relação ao grau do dano.

Na maioria das vezes, os pacientes vítimas de incidentes apresentam algum tipo de dano. Aqueles com maior tempo de hospitalização tendem a apresentar quadros mais graves, estão mais propensos a sofrer eventos adversos durante a internação e, além disso, o tempo de permanência elevado está associado ao aumento da mortalidade (Garcia et al., 2022; Faria et al., 2022). Foi possível observar que, a partir do oitavo dia a probabilidade de incidentes é maior que 90%, indicando maior risco relacionado à segurança do paciente quanto maior o intervalo entre a suspensão e a reprogramação cirúrgica.

Foi observado por Paula et al., (2021) que internações cirúrgicas prolongadas apresentam o óbito como desfecho em mais da metade dos casos. Além disso, mais da metade da amostra apresentou, em algum momento, infecção relacionada à assistência em saúde. Dessa forma, pode-se afirmar que, quanto menor o tempo de internação desses pacientes, maior será a sobrevida. No entanto, mesmo diante de evidências na literatura que demonstram que o prolongamento da hospitalização está associado ao aumento do risco de eventos adversos e óbitos, alguns pacientes que aguardavam a reprogramação cirúrgica não percebiam esse risco, demonstrando uma visão distinta da apontada pelas evidências científicas.

Ao analisar a ocorrência de incidentes conforme a especialidade médica, observou-se que a ortopedia, apesar de apresentar um percentual relativamente baixo de suspensões cirúrgicas, foi a especialidade com o maior número de incidentes registrados. Essa mesma tendência foi identificada por Nakamura, Oliveira e Fuganti (2024), que também destacaram a ortopedia como uma área com elevada prevalência de eventos adversos. Em discordância, Faria et al., (2022) descreve a especialidade de cirurgia cardiotorácica e vascular como a especialidade médica onde os eventos adversos estavam mais prevalentes.

O alto risco de incidentes cirúrgicos pode estar relacionado a fatores individuais ou coletivos, com destaque para o nível elevado de tensão dos profissionais, a sobrecarga de trabalho e outros vínculos empregatícios. Em consequência disso, além dos riscos à saúde, os incidentes podem levar a internações mais longas, complicações e até sequelas permanentes. Somando-se a isso, os custos financeiros associados aos incidentes são altos e sobrecarregam o sistema de saúde, podendo causar um impacto financeiro significativo nas instituições (Sunshine et al., 2019; Hadi et al., 2020; Matheus et al., 2023).

As avaliações multiprofissionais pré-operatórias são de suma importância para a segurança do paciente. Mudanças implementadas pela equipe reduzem a taxa de suspensão cirúrgica, a taxa de mortalidade, as complicações perioperatórias e a realização de cirurgias desnecessárias. A visita pré-anestésica contribui para a prática de cirurgia segura nas instituições, reduz intercorrências, suspensões, adiamentos e melhora os indicadores de saúde (Araújo et al., 2019; Koike et al., 2021).

A enfermagem está relacionada às ações voltadas à segurança do paciente e da qualidade da assistência em saúde. Portanto, o enfermeiro deve buscar estratégias gerenciais fundamentadas em evidências, a fim de reduzir a taxa de suspensão cirúrgica por causas evitáveis, diminuindo riscos ao paciente, melhorando a avaliação do serviço e a qualidade da assistência (Gonçalves et al., 2020; Brown et al., 2021).

Quando abordamos diretamente a assistência da equipe de Enfermagem, é imprescindível destacar a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). Definida pela resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358 de 2009, a SAEP estende-se para além das fases do Processo de Enfermagem (PE). Ela está intrinsecamente ligada à segurança do paciente, já que engloba o cuidado contínuo durante o período perioperatório, e estabelece conexões com as demandas do paciente cirúrgico por meio de registros e documentação minuciosa, sendo executados pelo profissional de enfermagem (Jost, Viegas, Caregnato, 2018).

Para que essa sistematização seja realmente eficaz, é fundamental que esteja implementada em um ambiente institucional comprometido com a Cultura de Segurança do Paciente. É importante ressaltar que a Cultura pode ser considerada fragilizada, com destaque a falha na comunicação e respostas punitivas aos erros. Incorporar o engajamento do paciente no seu próprio cuidado dentro dos serviços de saúde, não é uma ação habitual e pode fortalecer a cultura organizacional, e dessa forma, aprimorar barreiras, diante das lacunas que possam ser

geradas dentro da assistência em saúde, para que os erros não cheguem nos indivíduos (Souza et al., 2020; Sanchis et al., 2019).

Além disso, a construção de uma cultura de segurança do paciente constitui-se como um pilar estrutural dos serviços de saúde e sua incorporação na assistência é responsável por contribuir com o desenvolvimento de práticas seguras, favorecendo os eventos adversos de forma dinâmica e preventiva. Portanto, é importante que tanto a equipe multiprofissional quanto os gestores do serviço estejam envolvidos nesse processo, a fim de ampliar a segurança do paciente (Costa et al., 2020).

Estudos mostram que a suspensão cirúrgica pode gerar sentimentos como angústia, frustração e até manifestações físicas nos pacientes, prejudicando, inclusive, a adesão a procedimentos futuros (Antonio et al., 2002). Não se trata apenas de um problema administrativo, os cancelamentos têm implicações psicossociais e financeiras relevantes para o paciente, sua família e a instituição. Pode haver também, uma quebra de confiança entre o paciente e a instituição, onde o indivíduo pode sentir maior insegurança dentro dos serviços de saúde. Desta forma, a suspensão cirúrgica influencia significativamente na satisfação do paciente diante do serviço de saúde (Moreira et al., 2016; Costa et al., 2024; Venâncio, 2021).

A Política Nacional de Humanização (PNH) nos lembra que, em momentos como esse, é fundamental olhar para além do procedimento e reconhecer o paciente em sua integralidade. Isso significa comunicar com clareza e acolhimento os motivos da suspensão, oferecer escuta ativa às angústias e respeitar o sofrimento vivido, demonstrando preocupação em preservar sua segurança. Significa também assumir a corresponsabilidade no cuidado, organizando melhor os processos para evitar cancelamentos desnecessários. Quando os princípios da humanização são aplicados, mesmo uma experiência dolorosa como o adiamento cirúrgico pode ser vivida com mais confiança, respeito e dignidade, fortalecendo o vínculo entre paciente, equipe e instituição (Brasil, 2013c; Costa *et al.*, 2021).

Alguns pacientes reforçaram que o problema não está no cancelamento, mas principalmente, na falta de informações consistentes sobre o processo, o que implica em uma percepção negativa da instituição e, conseqüentemente, afeta a experiência. É importante salientar, portanto, conforme os relatos, assim como observado na literatura, a comunicação ineficiente pode influenciar de forma negativa a experiência do paciente dentro do ambiente hospitalar (Costa et al., 2021).

Dessa forma, a ausência de comunicação eficiente influencia de modo desfavorável a aliança entre o paciente e a equipe de saúde, resultando na diminuição da confiança,

credibilidade e segurança. É importante destacar que, em muitos casos, a falta de informação e/ou atenção por parte da equipe contribui significativamente para a instabilidade emocional dos pacientes (Costa et al., 2021). Miranda et al., (2023), argumentam sobre os malefícios da falta de comunicação com o paciente sobre o real motivo da suspensão cirúrgica, assim como, a ausência de informação sobre a reprogramação do procedimento.

As principais consequências citadas pelas autoras são as instabilidades emocionais, o aumento do estresse, a insegurança e o medo gerados pela falta de clareza e informação. Outro fator destacado é a falta de comunicação entre as equipes de saúde, influenciando negativamente na avaliação do quadro geral do paciente, pois não se tem as informações do seu estado clínico (Miranda et al., 2023).

Outro desfecho da suspensão cirúrgica é o jejum prolongado do paciente que pode trazer problemas associados. Leandro, Almeida e Wilk (2024), ratificam essa situação, destacando a ocorrência de possíveis alterações metabólicas, inquietação, ansiedade, intensificar a dor e desconforto geral durante a internação, além de agravar o estresse perioperatório. Essa situação foi bastante abordada na percepção dos pacientes do presente estudo, o que colabora para uma experiência negativa.

Em relação a insatisfação, o prolongamento do jejum dos pacientes, ou, nos casos de suspensões cirúrgicas, a realização de um jejum desnecessário, representa um fator significativo de desconforto para o indivíduo hospitalizado. Pacientes submetidos a longos períodos de jejum tendem a apresentar maior ansiedade no período pré-operatório, o que pode desencadear alterações importantes, como a resistência insulínica, resultando em hiperglicemia. Além disso, a diminuição da ação da insulina nos tecidos periféricos compromete a captação de glicose, afetando negativamente o processo de recuperação e contribuindo para o aumento do tempo de internação. (Martins et al., 2016).

Foram identificadas alterações cardiovasculares associadas ao jejum prolongado. E que nas maiorias dos casos, essas alterações persistem no pós-operatório. Foi evidenciado também, que 11,3% dos pacientes chegaram a fazer jejum por 24 horas (Pinto et al., 2021).

Além disso, o jejum prolongado torna o paciente mais suscetível a infecções, uma vez que ocorrem alterações metabólicas associadas à redução do aporte calórico, o que pode levar à desnutrição. Esse estado nutricional comprometido dificulta a resposta inflamatória e contribui para a queda da imunidade. Quando o jejum ultrapassa 12 horas, são observadas alterações cardiovasculares e pressóricas importantes. É importante destacar que, mesmo em jejum, o organismo continua a eliminar líquidos por meio da respiração, transpiração, salivação

e outras funções fisiológicas, o que pode agravar ainda mais o quadro clínico do paciente (Alves; Ribeiras, 2017).

No aspecto emocional, estudo realizado por Viftrup et al., (2024), evidenciou grande repercussão na vida do paciente. No estudo, cerca de 38% dos pacientes relataram aumento do estresse e ansiedade, 44% referiram preocupações com a própria condição de saúde e 34% reportaram diminuição da confiança na equipe de saúde. Essas informações também aparecem nos dados coletados neste estudo, além do medo e frustração causados pelo cancelamento, repercutindo diretamente na qualidade e percepção de segurança do paciente.

A sensação de insegurança que o paciente e seus familiares sentem faz com que eles se envolvam menos nos cuidados. Além disso, os pacientes mostraram que podem fornecer informações importantes, sendo capazes de identificar fatores que podem colocar a sua própria segurança em risco. Por isso, quando eles participam ativamente do cuidado, pode ajudar a criar uma cultura de segurança mais forte nas instituições de saúde (Báo et al., 2023).

A forma como um hospital se apresenta é crucial para a experiência dos pacientes. Cuidar da imagem institucional envolve criar um ambiente de trabalho bom para todos, o que ajuda a comunidade a ver o hospital de forma positiva e assim melhorar sua reputação. Um lugar onde as pessoas gostam de trabalhar, se sentem motivadas e seguem os valores do hospital ajuda a construir uma imagem forte e de confiança para os pacientes e suas famílias. Além disso, quando os colaboradores estão satisfeitos, o atendimento é realizado de forma otimizada, graças a esse ambiente positivo, a reputação do hospital aumenta e, dessa forma, fortalece sua imagem (Pereira, 2023).

Existem fatores importantes que são capazes de mitigar os efeitos danosos que a suspensão cirúrgica pode ocasionar na experiência do paciente durante sua internação. Dentre os referidos apontamentos, destacam-se: a importância da comunicação eficiente e clara sobre os motivos da suspensão cirúrgica e o planejamento na organização da rotina hospitalar, a exemplo da remarcação de nova data para procedimento (Brito et al., 2022; Miranda et al., 2023; Leandro; Almeida; Wilk, 2024; Viftrup et al., 2024). Tais ações também estão impressas nos relatos dos pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas neste estudo.

Segundo Chan et al., (2025) a experiência em aguardar por um tratamento cirúrgico, não é igual entre as pessoas. Essa diferença ocorre por diversos fatores, como aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais, que acabam impactando diretamente na saúde, principalmente em grupos mais vulneráveis, como mulheres imigrantes. Comprovou-se que estes grupos além de enfrentarem o problema com a espera, também estão mais suscetíveis a

agravamentos clínicos e danos na saúde mental devido a espera cirúrgica. No presente estudo, observou-se que os pacientes possuem percepções distintas em relação à segurança durante a hospitalização, variando entre sentimentos de vulnerabilidade e experiências positivas de cuidado e proteção

A percepção de pacientes na fila de espera influencia negativamente no estado emocional do paciente, levando a sentimentos de ansiedade, raiva, preocupações quanto a seu estado clínico e desesperança. Essas emoções podem afetar e as comorbidades que o paciente já possui, porém, a comunicação da equipe multiprofissional e o paciente pode se preparar para os desafios de espera na fila das cirurgias, aliviando esses sintomas e evitando o agravamento de seu estado de saúde (Evangelista et al., 2022).

Com o objetivo de avaliar a experiência dos pacientes submetidos a suspensão cirúrgica, um estudo realizado no Departamento de Ortopedia de um Hospital Universitário do Reino Unido, demonstrou que mais da metade dos pacientes que participaram da pesquisa estavam pouco satisfeitos com os serviços prestados pela instituição de saúde. Em relação à comunicação dos profissionais sobre o cancelamento operatório, foi observado que a maioria dos pacientes não foram comunicados formalmente sobre a própria suspensão (Mehta et al., 2014).

Dentre os fatores capazes de mitigar os efeitos negativos que a suspensão cirúrgica pode gerar na experiência do paciente durante sua hospitalização, destacam-se a importância da comunicação eficiente e transparente sobre as causas da suspensão cirúrgica e o processo organizativo da rotina hospitalar, como por exemplo a reprogramação cirúrgica (Brito et al., 2022; Miranda et al., 2023; Leandro; Almeida; Wilk, 2024; Viftrup et al., 2024). Tais ações também estão impressas nos relatos dos pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas neste estudo.

Complementando com a mitigação das repercussões da suspensão cirúrgica, demonstrou-se no estudo de Rocha, Souza e Arrieira (2020), que a espiritualidade auxilia no processo de suspensão cirúrgica como suporte emocional, proporcionando significado às experiências vivenciadas no durante a hospitalização.

A Lei 8080/90 traz como conceito de saúde o bem-estar físico, mental e social. Portanto, para garantir um cuidado de qualidade, é fundamental que o serviço de saúde atue de forma integrada em todos os eixos. O cuidado centrado no paciente é uma estratégia importante para alcançar uma qualidade eficaz, além de beneficiar a experiência do paciente durante a jornada dentro das instituições (Brasil, 1990; Ferla et al., 2022).

Explorar a experiência do paciente na percepção dos próprios pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas trouxeram pontos já retratados na literatura sobre o que se espera da assistência à saúde. Além disso, observa-se o desrespeito quanto aos direitos fundamentais dos pacientes, como acesso à informação sobre seu estado de saúde, a preservação da sua autonomia, integridade física e moral (Brasil, 1990, art 7º, incisos III e V).

Os pacientes que vivenciam uma experiência positiva são mais engajados e participam mais do seu próprio cuidado. Diante disso, conseguem perceber incidentes e eventos que podem prejudicar o cuidado que recebem. Por isso, é importante incentivar a participação deles em ações que visem melhorar a qualidade e a segurança do atendimento, valorizando cada vez mais o papel ativo de quem está sendo cuidado (Villar; Duarte; Martins, 2020; Rodrigues, 2023).

Por isso, é importante destacar mais uma vez como é fundamental ouvir os pacientes e seus familiares sobre os incidentes, eventos e fatores que contribuíram para esses problemas. Quando juntamos essas informações às observações dos profissionais, conseguimos criar um plano mais eficaz para melhorar a qualidade do cuidado. Isso também reforça o papel central do paciente nesse processo, em diferentes aspectos (Villar; Duarte; Martins, 2020).

De forma geral, os termos empoderamento, engajamento, experiência e participação dos pacientes são usados para fundamentar estratégias e ações que buscam promover o aprendizado dentro das organizações de saúde e melhorar a qualidade do atendimento, especialmente garantindo a segurança do paciente (Berger et al., 2014).

Os reflexos causados pela suspensão cirúrgica podem gerar impactos nos profissionais envolvidos, na instituição de saúde e principalmente na segurança do paciente. A qualidade da assistência e a suspensão cirúrgica são indicadores utilizados pela gerência hospitalar e são analisadas principalmente através de percentuais identificados e satisfação do usuário pelo sistema de saúde (Báo et al., 2019; Santos; Polgrossi; Maia, 2018).

A partir dos resultados, evidencia-se a necessidade de incorporar a experiência do paciente como um indicador de gestão, de qualidade e também de segurança do paciente, uma vez que permite obter informações de vários processos de trabalho envolvidos na prestação do cuidado ao paciente. Tal deliberação, possibilitaria a adoção de ações prioritárias nos serviços de saúde orientadas para a qualificação do cuidado, em conformidade com as leis, normas e diretrizes da Organização Mundial de Saúde e de outras instituições que visam promover a segurança do paciente.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A utilização de dados secundários, coletados conforme estavam registrados pode constituir uma limitação, pois está sujeita à forma como os profissionais documentaram o indicador avaliado. Dessa forma, os dados estão sujeitos a possíveis inconsistências, omissões, imprecisões ou variações na interpretação e categorização dos motivos pelos diferentes profissionais envolvidos no processo.

Outra limitação importante refere-se à subnotificação dos incidentes relacionados à segurança do paciente, um problema recorrente em estudos baseados em dados secundários. Muitas vezes, eventos adversos não são registrados por diversos motivos, como falta de tempo, desconhecimento e receio de responsabilização. Essa subnotificação pode resultar em uma subestimação da real magnitude dos incidentes, comprometendo a análise e a interpretação dos resultados, e reforça a necessidade de fortalecer a cultura de segurança e a capacitação dos profissionais para o registro adequado desses eventos.

Destaca-se que esta pesquisa foi feita em apenas um hospital da rede pública, o que pode restringir a aplicação dos achados para outros hospitais no Distrito Federal e regiões do país, já que a experiência do paciente pode variar bastante dependendo das características do local, da cultura e da organização de cada serviço de saúde. Ressalta-se que só participaram pacientes que estavam em condições clínicas que permitiram participar das entrevistas, o que pode ter excluído opiniões importantes de quem estava em uma situação de saúde mais delicada.

Outro aspecto importante é que as entrevistas aconteceram enquanto os participantes estavam internados no hospital, o que pode ter influenciado suas respostas, já que eles poderiam estar se sentindo vulneráveis, ansiosos ou com expectativas em relação ao cuidado recebido pela equipe de saúde. Além disso, é possível que alguns tenham omitido ou suavizado suas percepções por receio de que críticas ou reclamações pudessem impactar negativamente a reprogramação da cirurgia.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM E SAÚDE

O estudo permitiu compreensão mais aprofundada e contextualizada das causas das suspensões cirúrgicas em um hospital público do Distrito Federal. A análise quantitativa possibilitou identificar padrões, frequências e correlações, evidenciando o perfil dos pacientes e dos procedimentos cirúrgicos suspensos, assim como o tempo de reprogramação cirúrgica relacionado com a ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente. Já a etapa qualitativa permitiu explorar como essa situação é percebida pelos pacientes, revelando sentimento de frustração, incerteza e, em alguns casos, resignação diante de uma dinâmica hospitalar que muitas vezes não contempla sua perspectiva. Ao integrar os dois tipos de dados, foi possível não apenas quantificar a recorrência do problema, mas também dar voz aos usuários do sistema de saúde, enriquecendo a interpretação dos achados e fortalecendo sua aplicabilidade prática.

Com base nessa triangulação, o estudo oferece contribuições relevantes para a prática assistencial e gerencial. Além disso, os achados reforçam a importância de considerar a experiência do usuário como elemento central na gestão hospitalar, especialmente em situações que envolvem atrasos, cancelamentos e remarcações. O uso de métodos mistos demonstrou-se essencial para capturar tanto a dimensão estrutural e organizacional das suspensões quanto os impactos subjetivos e clínicos vivenciados pelos pacientes, fornecendo uma base sólida para intervenções mais humanas, seguras e eficientes.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados evidenciados pelo estudo foi possível observar que a suspensão de cirurgias se configura como um evento de alta relevância para a gestão hospitalar, afetando não apenas o fluxo organizacional, mas, principalmente, a experiência e a segurança dos pacientes. Além disso, reincidência de suspensões entre alguns pacientes reforça a existência de processos de trabalho fragilizados e que exigem atenção e revisão dos protocolos institucionais.

O presente estudo evidencia a análise da taxa de suspensão de cirurgias em uma instituição pública de grande porte no Distrito Federal, revelando importantes achados que contribuem para a compreensão do fenômeno e subsidiam estratégias de melhoria na assistência cirúrgica. A taxa geral de suspensão registrada foi de 11,62%. Esse índice reforça a existência de falhas nos processos organizacionais e assistenciais, implicando diretamente na qualidade do cuidado ofertado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A caracterização do perfil dos pacientes cujos procedimentos foram suspensos apontou predominância do sexo masculino, raça/cor parda e idade média de 54,9 anos. As cirurgias suspensas foram, em sua maioria, eletivas, de porte intermediário, de potencial de contaminação limpo e com finalidade curativa. Tais características reforçam que as suspensões ocorreram, em grande parte, em procedimentos programáveis, nos quais se esperaria maior previsibilidade e planejamento.

Quanto à distribuição por especialidades, os maiores percentuais de suspensões foram observados nas áreas de Anestesiologia, com 5 casos (50%); Cirurgia Torácica com 106 casos (27,25%); Cirurgia de Cabeça e Pescoço, com 72 casos (25,44%); Cardiologia, com 135 casos (24,55%); Broncoesofagologia, com 30 casos (17,65%) e Oncologia, com 59 casos (17,00%).

Este estudo evidenciou que a suspensão cirúrgica impacta diretamente na segurança do paciente, principalmente ao propiciar a ocorrência de incidentes relacionados à saúde durante o período de internação de pacientes que aguardam a reprogramação cirúrgica. Foi possível observar que, o maior tempo de hospitalização, está relacionado à maior exposição dos pacientes a eventos adversos, confirmando a associação entre internações prolongadas e riscos à segurança descrita em outros estudos semelhantes. Entretanto, prolongamento hospitalar, mesmo sendo identificado em vários estudos que é um fator de risco para a ocorrência de incidentes, alguns pacientes não relatavam essa associação.

Os dados apontaram que o sexo masculino apresentou maior prevalência de incidentes, com média etária em torno de 54 anos, o que sugere a necessidade de maior atenção às

características clínicas e sociais dessa população durante a hospitalização, embora o perfil de pacientes atendidos nas diferentes especialidades abordadas no estudo possa afetar esses dados ao extrapolá-los.

Em relação aos incidentes, na média de incidentes por paciente, destacou-se a predominância daqueles relacionados ao “processo/procedimento clínico”, seguidos pelos incidentes envolvendo “documentação”. A Ortopedia, embora tenha registrado baixos números de suspensão cirúrgica, apresentou maior número de eventos adversos, o que reforça a importância da vigilância contínua mesmo em especialidades com menor impacto direto da suspensão. Os incidentes relacionados a “sangue e hemoderivados” e “dieta e alimentação” também apresentaram números relevantes, porém, inferiores àqueles supracitados.

Na etapa qualitativa, participaram do estudo 17 pacientes, majoritariamente do sexo masculino, com faixa etária de 30 a 73 anos, escolaridade variando entre fundamental incompleto e nível superior completo, com período médio de internação entre a suspensão e a realização da entrevista de 14 dias.

A partir das falas dos participantes da pesquisa, depreende-se que a comunicação é o fator mais relatado na experiência do paciente no cancelamento da cirurgia. Pode-se denotar um efeito positivo ou negativo, a depender da profundidade e clareza das informações prestadas. Por outro lado, a comunicação, quando ineficiente ou ausente, são as propulsoras dos desequilíbrios emocionais, tais como aumento da ansiedade, estresse, medo, tristeza, frustração e insegurança.

O prolongamento da internação foi permeado por episódios de dor física intensificada, jejum prolongado, perda de peso. Na fase quantitativa, foi observado que mais de 90% dos pacientes ficaram de jejum no intuito de realizar o procedimento cirúrgico. Além de prejuízos físicos, também houve prejuízos financeiros e marcados abalos psíquicos. A experiência de esperar por uma solução, muitas vezes incerta, gerou sentimento de frustração, ansiedade, medo e revolta, afetando não apenas o bem-estar físico, mas também o equilíbrio psicológico e a confiança no cuidado recebido.

Os relatos evidenciam que a experiência da suspensão cirúrgica repercute negativamente na imagem institucional, afetando diretamente a confiança e a credibilidade atribuídas ao hospital pelos pacientes. A sensação de desorganização nos fluxos assistenciais, junto à falta de profissionais e à comunicação precária sobre a reprogramação das cirurgias, gerou insegurança, frustração e descrença em relação à capacidade resolutiva da instituição. A ausência de informações claras e assertivas, somada à imprevisibilidade das remarcações,

comprometeu o vínculo entre paciente e serviço de saúde. Tal situação traz implicações importantes para o serviço público, uma vez que demanda necessidade de resgate e fortalecimento do sistema de saúde e da imagem institucional.

Diante da percepção do paciente sobre experiências que mitigam os efeitos negativos da suspensão cirúrgica, algumas falas demonstraram sentimentos de aceitação em relação ao adiamento da cirurgia. Foi observado uma melhor compreensão quando associada ao entendimento de que, para uma intervenção mais segura, ainda é necessário a realização de exames complementares no contexto pré-operatório, assim como a oportunidade de ter uma interação maior com a equipe cirúrgica.

Pacientes que foram submetidos à suspensão cirúrgica, mas que no momento do aviso de suspensão, já foram informados sobre a provável data de reprogramação tiveram uma experiência mais positiva. Além disso, sinalizar a possibilidade da suspensão e oferecer suporte nutricional adequado permitiram ao paciente ter uma tranquilidade durante sua jornada durante o período de reprogramação cirúrgica. A atuação da equipe de saúde, quando em contato direto com o paciente, proporcionando um acolhimento, atenção e ações assistenciais eficazes, promoveram uma sensação de segurança ao paciente na instituição hospitalar.

Os dados qualitativos reforçaram e ampliaram a compreensão sobre os impactos da suspensão cirúrgica, revelando sentimentos de ansiedade, frustração, insegurança e prejuízos financeiros vivenciados pelos pacientes. Embora alguns relatem experiências positivas, predomina a percepção de desorganização, falhas de comunicação e descaso institucional. A ausência de comunicação, informações claras e a falta de protagonismo do paciente nos processos decisórios contribuem para a quebra de confiança e a vivência negativa da internação hospitalar.

Por fim, compreende-se que quando a equipe desempenha um papel acolhedor, uma comunicação eficiente, demonstra celeridade na remarcação cirúrgica e buscam suporte na espiritualidade, esses pontos contribuem positivamente para o entendimento e aceitação dos motivos que levaram à suspensão cirúrgica. O envolvimento do paciente como protagonista de seu cuidado é essencial para transformar práticas e construir ambientes hospitalares mais seguros, acolhedores e resolutivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEELEH, Mahmoud Abu; TAREEF, Tareq M.; BANI HANI, Amjad; ALBSOUL, Nader; SAMARAH, Omar Q.; ELMOHTASEB, M. S. et al. Reasons for operation cancellations at a teaching hospital: prioritizing areas of improvement. *Annals of Surgical Treatment and Research*, v. 93, n. 2, p. 65-69, 2017. DOI: <https://doi.org/10.4174/astr.2017.93.2.65>

ALMEIDA, Raquel Elisa; RODRIGUES, Maria Cristina. Execução da lista de verificação de segurança cirúrgica em operações pediátricas: avaliação da conformidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, e20180270, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180270>

ALPENDRE, Francine Taporosky; CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida; DYNIEWICZ, Ana Maria; MANTOVANI, Maria de Fátima; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo e; SANTOS, Gabriela de Souza dos. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 25, e2907, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>

ALVES, Daniel Rodrigues; RIBEIRAS, Regina. O jejum influencia a responsividade à pré-carga em voluntários ASA I e II? *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 67, n. 2, p. 172-179, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2016.12.007>

AMATO, Alexandre Campos Moraes. Breve história da cirurgia. In: AMATO, Alexandre Campos Moraes. Tratado de clínica cirúrgica. 1. ed. São Paulo: Roca, 2005. cap. 3, p. 3-17.

ANTONIO, Priscila da Silva; MUNARI, Denize Bouttelet; COSTA, Hérica Kelly. Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 4, n. 1, p. 33-39, 2002. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v4i1.744>.

AQUINO, Fernanda Martins de; MOURA, Vera Lúcia Freitas de; PINTO, Ana Cristina Silva. A suspensão de cirurgia e o processo de comunicação. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, v. 4, n. 2. 2012.

ARAÚJO, Edna Maria de; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; HOGAN, Vijaya Krishna; ARAÚJO, Tânia Maria de; DIAS, Acácia Batista; OLIVEIRA, Lúcio Otávio Alves. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 31, p. 383-394, out./dez. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>

ARAÚJO, Jennyfer Kelly Moraes de; FERREIRA, Fabiana Andrea Soares; COMASSETTO, Isabel; BERNARDO, Thaís Honório Lins. Avaliação dos fatores de cancelamento de cirurgias em hospitais do nordeste brasileiro. *Revista SOBECC*, v. 24, n. 4, p. 175-184, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900040002>

ARAÚJO, Raylthon Alves; RIBEIRO, Henrique César Temóteo. Sintomas de ansiedade e depressão em pacientes da fila de espera para cirurgia ortopédica do Hospital Universitário Walter Cantídio. *Revista de Medicina da UFC*, v. 64, n. 1, e80667, 2024. DOI: <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2024v64n1e80667>

ASSIS, Stefanny Furtado de; VIEIRA, Débora Feijó Villas Boas; SOUSA, Fernanda Raphael Escobar Gimenes de; PINHEIRO, Carlos Eduardo de Oliveira; PRADO, Patrícia Rezende do. Adverse events in critically ill patients: a cross-sectional study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 56, e20210481, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0481en>

BÁO, Ana Cristina Pretto; PRATES, Cassiana Gil; AMARAL-ROSA, Marcelo Prado; COSTA, Diovane Ghignatti da; OLIVEIRA, João Lucas Campos de; AMESTOY, Simone Coelho et al. Patient experience about their safety in the hospital environment. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 5, e20220512, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0512pt>

BÁO, Ana Cristina Pretto; AMESTOY, Simone Coelho; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; TRINDADE, Letícia de Lima. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 2, p. 360-366, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>

BÁO, Ana Cristina Pretto. Experiência do paciente acerca da sua segurança no ambiente hospitalar: estudo com métodos mistos. 2022. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/257687>

BARCELOS, Renata Afonso; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Fatores associados aos incidentes de segurança entre idosos em terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 2, p. 159-167, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700025>

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

BERGER, Zackary; FLICKINGER, Tabor E.; PFOH, Elizabeth; MARTINEZ, Kathryn A.; DY, Sydney M. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, v. 23, p. 548-555, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001769>

BERRY, Leonard L. A inovação de serviços é urgente na área da saúde. *AMS Review*, v. 9, n. 1-2, p. 78-92, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13162-019-00133-9>

BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; SILVA, Thaynara de Oliveira; PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito; SOUZA, Adrielle Cristina Silva; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo; TEIXEIRA, Cristiane Chagas. Conhecimentos de usuários de uma clínica cirúrgica sobre a ocorrência de incidentes. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 5, 2016. DOI: 10.5380/ce.v21i5.45455. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45455>.

BITTENCOURT, Roberto José; ALONSO, Rebecca Santana; RODRIGUES, Iago Barbosa Pinto; MACEDO, Everton; SILVA, Claudia Cardoso Gomes da; OLIVEIRA, Luciana Vieira Tavernard de. Gestão de filas para cirurgias eletivas: overview de revisões sistemáticas. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 57, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/2236-5117.2020v57a03>

BOTAZINI, Naraiamma Oliveira; CARVALHO, Rachel de. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. *Revista SOBECC*, v. 22, n. 4, p. 230-244, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700040008>

BRAILE, Domingo Marcolino; GODOY, Moacir Fernandes de. História da cirurgia cardíaca no mundo. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, v. 27, n. 1, p. 125-134, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-9741.20120019>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Nota Técnica nº 05/2019 – GVIMS/GGTES/ANVISA: orientações para notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde*. Brasília, DF: Anvisa, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-n-05-2019-gvims-ggtes-anvisa.pdf>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 36*, de 25 de julho de 2013a. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466*, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Engajamento de pacientes e familiares na promoção da segurança do sistema de saúde. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Segurança do paciente*. Brasília: CONASS, 2021. cap. 15. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2021/12/L8-Cap15.pdf>.

BRASIL. *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. 40 p. il. ISBN 978-85-334-2130-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.336*, de 12 de dezembro de 2023. Estabelece recursos a serem disponibilizados aos Estados e ao Distrito Federal destinados ao Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 dez. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/composicao/saes/drac/pnrf/legislacao/portaria-gm-ms-no-2-336-de-12-de-dezembro-de-2023/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas – Informe sobre Adesão dos Estados ao Programa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 14 set. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/drac/pnrf/situacao-da-adesao-dos-estados/relatorio-nacional-de-reducao-de-filas-atualizacao-14-09-2023>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Cirurgia Segura. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Relatório dos indicadores do Programa Nacional de Redução das Filas – PNRF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/2025/relatorio-dos-indicadores-do-pnrf-25-02-2025.pdf>.

BRITO, Lorena Magalhães Guedes Ferreira; MATOS, Ruth Silva; ALMEIDA, Raquel Elisa de; WILK, Mirce Meire Gonçalves de Sousa; GOMES, Jacqueline Ramos de Andrade Antunes; ITACARAMBI, Lauane Rocha et al. Suspensões cirúrgicas em um hospital público do Distrito Federal. *Health Residencies Journal*, v. 3, n. 14, p. 307-322, 2022. DOI: <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.374>

BROWN, Nolan J.; WILSON, Bayard; SZABADI, Stephen; QUON, Cameron; ONG, Vera; HIMSTEAD, Alexander et al. Ethical considerations and patient safety concerns for cancelling non-urgent surgeries during the COVID-19 pandemic: a review. *Patient Safety in Surgery*, v. 15, n. 1, p. 19, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00293-7>

CARVALHO, Mônica Maria Magalhães de. Custos dos cancelamentos de cirurgias em um hospital da Região Metropolitana do Recife, 2017. 2018. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, Recife, 2018.

CASTRO, Amparito; REZENDE, Magda. The Delphi Technique and its use in brazilian nursing research: bibliographical review. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009. DOI: <https://doi.org/10.5935/2316-9389.2009.v13.50536>

CHAN, Jodie; POON, Sharon; LAWRENCE-JONES, Anna; O'DRISCOLL, Fiona; WAUGH, Carol; AWOJOBI-JOHNSON, Abiola et al. Patient experiences of waiting for orthopaedic care and priorities for 'waiting well': a qualitative study in a London NHS trust. *Archives of Public Health*, v. 83, n. 95, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01578-4>

CHOURABI, Lizandra Flores; SOUZA, Vinícius Rodrigues de; SILVA, Luciana Gomes da; COSTA, Sarah Menezes; BALONECKER, Alexmália Fiorini da Costa; FIGUEIRA, Silvia Helena da Silva et al. Indicadores na assistência cirúrgica de um hospital universitário: o que

pensam os gestores? *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 98, n. 1, p. 1–8, 2024. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.98-n.1-art.2080>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução n.º 358*, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2009. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (CRM-ES). *Parecer Consulta n.º 006/2015*. Vitória, 28 abr. 2015. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/ES/2015/6_2015.pdf.

CONTERATTO, Katrini dos Santos; SILVA, Nathieli Aparecida da; PERTILLE, Fabiane; ASCARI, Tania Maria; ASCARI, Rosana Amora. Segurança do paciente no perioperatório: evidência dos fatores determinantes do cancelamento cirúrgico / Patient safety in the perioperative: evidence of the factors determining the surgical cancellation. *Journal of Nursing and Health*, v. 10, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i1.14715>

COSTA, Eder Dourado Martins da; JACOB, Kerollayne Christtine; SILVA, Lais Bezerra da; GOMES, Iago Vieira; SERRANO, Solange Queiroga. Suspensão de cirurgias eletivas em hospital público de Pernambuco: visão crítica do paciente. *Revista Enfermagem UFPE on line*, v. 15, n. 2, e247344, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247344>

COSTA, Nayara Lorrane Ribeiro; SANTOS, Paula Wendy Andrade dos; CORGOZINHO, Marcelo Moreira. Fatores determinantes e consequentes da suspensão dos procedimentos cirúrgicos eletivos: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 13, n. 5, e8513545812, 2024. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i5.45812>

COVRE, Eduardo Rocha; MELO, Willian Augusto de; TOSTES, Maria Fernanda do Prado; FERNANDES, Carlos Alexandre Molena. Permanence, cost and mortality related to surgical admissions by the Unified Health System. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 27, e3136, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2618-3136>

CRESWELL, J. W. *A concise introduction to mixed methods research*. Los Angeles: Sage, 2015.

DE VOS, Marit S.; HAMMING, Jaap F.; BOOSMAN, Hileen; MARANG-VAN DE MHEEN, Perla J. The association between complications, incidents, and patient experience: retrospective linkage of routine patient experience surveys and safety data. *Journal of Patient Safety*, Philadelphia, v. 17, n. 2, p. e91–e97, Mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000581>.

DISTRITO FEDERAL (BRASIL). Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório Anual de Gestão 2021*. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2021. p. 148–149.

DOBARRO, Andrea Broullón; AVÍON, Rafael Cabadas; RUILOBA, María Sonsoles Leal; LIMA, Ana Vázquez; CENDÓN, María Ojea; GARCÍA, Noelia Fernández et al. Retrospective analysis of suspended surgeries and influencing factors during an 8-year period. *Cirugía Española*. v. 97, n. 4, p. 213–221, abr. 2019. DOI: [10.1016/j.ciresp.2019.01.006](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.01.006).

DONABEDIAN, Avedis. A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, Northfield, v. 114, n. 1, p. 1115–1118, 1990.

DOYLE, Cathal; LENNOX, Laura; BELL, Derek. Uma revisão sistemática das evidências sobre as ligações entre a experiência do paciente e a segurança e eficácia clínica. *BMJ Open*, v. 3, n. 1, e001570, 2013. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001570

EGGENSCHWILER, Luisa C.; RUTJES, Anne W. S.; MUSY, Sarah N.; AUSSERHOFER, Dietmar; NIELEN, Natascha M.; SCHWENDIMANN, René et al. Variation in detected adverse events using trigger tools: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, v. 17, n. 9, e0273800, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273800>

EMANUEL, A.; MACPHERSON, R. The Anaesthetic Pre-Admission Clinic is effective in minimising surgical cancellation rates. *Anaesthesia and Intensive Care*, v. 41, n. 1, p. 90–94, jan. 2013. DOI: 10.1177/0310057X1304100115.

ESKANDER, Antoine; ZANCHETTA, Cláudia; COBURN, Natalie; ENEPEKIDES, Danny; GIEN, Lilian T.; MENALO, Reeza et al. Cancer surgery cancellation: incidence, outcomes and recovery in a universal health care system. *Canadian Journal of Surgery*, v. 65, n. 6, p. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1503/cjs.012521>

EVANGELISTA, Mayara Martins; SANTOS, Loiane Letícia dos; BUZELLO, Ludmila Crespo; ITO, Iara Tocico; OLIVEIRA, C. M. V.; OLIVEIRA, M. R. M. de et al. Percepções de pacientes na fila de espera para cirurgia bariátrica: contribuições a partir da experiência de um processo educativo. 2022. *Interface (Botucatu)*. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.220017>

FARIA, Luciane Ribeiro de; ALVIM, Andre Luiz Silva; DUTRA, Hérica Silva; CARBOGIM, Fábio da Costa; SILVA, Claudilene Fernandes da; BASTOS, Ronaldo Rocha et al. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: incidência, características e fatores associados. *Revista SOBECC*, v. 28, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202328890890>

FARIA, Luciane Ribeiro de; MOREIRA, Tiago Ricardo; CARBOGIM, Fábio da Costa; BASTOS, Ronaldo Rocha et al. Efeito do checklist de cirurgia segura na incidência de eventos adversos: contribuições de um estudo nacional. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 49, e20223286, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20223286_en

FERLA, Josiane Bernart da Silva; ARAÚJO, Cristiano Miranda de; STECHMAN-NETO, José; TONOCCHI, Rita de Cássia; KRÜGER, Simone Infingardi; BERBERIAN, Ana Paula et al. Efeito do modelo de cuidado centrado no paciente na satisfação do profissional de saúde: revisão sistemática. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210288.pt>

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; LUCHESI, Bruna Moretti; SAIDEL, Maria Giovana Borges; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro; MELO, Débora Gusmão et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação

teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 2, p. 388–394, fev. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>

GARCIA, Izabela Melo; PIMENTEL, Rafael Rodrigo da Silva; ARONI, Patrícia; DIAS, Alessandro de Oliveira; SILVA, Larissa Gutierrez de Carvalho; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço et al. Notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente em hospital universitário sentinela. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2022. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v21i0.56674>

GARCIA, Josiane. Segurança do processo transfusional em pacientes cirúrgicos de um hospital público de ensino do interior de Minas Gerais. 2020. 105 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical e Infectologia) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Infectologia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2020.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 565–574, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>

GONÇALVES, Raquel Calado da Silva; SÉ, Aline Coutinho Sento; TONINI, Teresa; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; HERNÁNDEZ, Paula Escalada; FERNANDEZ, Blanca Marín et al. Taxa de suspensão cirúrgica: indicador de qualidade da assistência. *Revista SOBECC*, v. 25, n. 2, p. 67–74, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000020002>

GORARD, Stephen; TAYLOR, Chris. Combining methods in educational and social research. London: Open University Press, 2004.

GUAN, Tingyu; CHEN, Xiao; LI, Junfei; ZHANG, Yuxia et al. Fatores que influenciam a experiência do paciente em enfermarias hospitalares: uma revisão sistemática. *BMC Nursing*, v. 23, p. 527, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02054-0>

HADI, Usman; SAMIYAH, Mirrah; PUDJIRAHARJO, Widodo J.; DAMAYANTI, Nyoman Anita; CHALIDYANTO, Djazuly; ROCHMAH, Thinni Nurul et al. How does team performance management influence the knowledge in implementing patient safety programs in the hospital work unit, Indonesia? *Systematic Reviews in Pharmacy*, v. 11, n. 11, 2020.

HALFON, Patricia; STAINES, Anthony; BURNAND, Bernard et al. Adverse events related to hospital care: a retrospective medical records review in a Swiss hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 29, n. 4, p. 527–533, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx061>.

HONG, Quan Nha; PLUYE, Pierre; FÀBREGUES, Sergi; BARTLETT, Gillian; BOARDMAN, Felicity; CARGO, Maureen et al. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Registration of Copyright, Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada, 2018. DOI: 10.3233/EFI-180221.

HU, Qiaozhi; WU, Bin; ZHAN, Mei; JIA, Weiguo; HUANG, Yimei; XU, Ting et al. Adverse events identified by the global trigger tool at a university hospital: a retrospective medical record review. *Journal of Evidence-Based Medicine*, v. 12, n. 2, p. 91–97, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/jebm.12329>.

INSTITUTE OF MEDICINE. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: Institute of Medicine, 1999.

INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (IGESDF). *Relatório do 1º Quadrimestre*. Brasília, DF, 2023.

ISHIKAWA, Kaoru. *Controle de qualidade total: à maneira japonesa*. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

JANTSCH, Leonardo Bigolin; NEVES, Eliane Tatsch. “Tabela falante” como estratégia de integração de dados em uma pesquisa de métodos mistos. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 27, e20220029, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0029pt>.

JOST, Marielli Trevisan; VIEGAS, Karin; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória na segurança do paciente: revisão integrativa. *Revista SOBECC*, v. 23, n. 4, p. 218–225, out.–dez. 2018. Disponível em: https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/440/pdf_1.

KOBRA, Eduardo; SOBREXP – Sociedade Brasileira de Experiência do Paciente e Cuidado Centrado na Pessoa. Expectativas e experiência do paciente com os cuidados em saúde no Brasil: estudo nacional 2024. *The Beryl Institute*, 2024. Disponível em: https://theberylinstitute.org/wp-content/uploads/2024/04/2024-PORTUGUES_Expectativas_e_Experiencia_do_Paciente_com_os_Cuidados_em_Saude_no_Brasil_2024.pdf

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

KOIKE, Masayoshi et al. The effects of a preoperative multidisciplinary conference on outcomes for high-risk patients with challenging surgical treatment options: a retrospective study. *BMC Anesthesiology*, v. 21, n. 1, p. 39, 6 fev. 2021. DOI: [10.1186/s12871-021-01257-1](https://doi.org/10.1186/s12871-021-01257-1).

KROENING, Helen L.; KERR, Bronwyn; BRUCE, James; YARDLEY, Iain et al. Patient complaints as predictors of patient safety incident. *Patient Experience Journal*, v. 2, n. 1, p. 94–101, 2015. DOI: [10.35680/2372-0247.1052](https://doi.org/10.35680/2372-0247.1052).

LARSON, Elysia; SHARMA, Jigyasa; BOHREN, Meghan A.; TUNÇALP, Özge. When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bulletin of the World Health Organization*, Genebra, v. 97, n. 8, p. 563–569, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.225201>.

LEANDRO, Laryssa Guimarães; ALMEIDA, Natalia de Carvalho; WILK, Mirce Meire Gonçalves de Sousa. Harms of prolonged fasting in the preoperative period: integrative

review. *Research, Society and Development*, v. 13, n. 1, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i1.44762.

LEE, Chelsea M.; RODGERS, Cheryl; OH, Albert K.; MUCKLER, Virginia C. Reducing surgery cancellations at pediatric ambulatory surgery center. *AORN Journal*, v. 105, n. 4, p. 384–391, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.01.011>

LEITE, Gabriel Carlos; RUHNKE, Bruna Faust; VALEJO, Fernando Antônio Mourão. Correlação entre tempo de diagnóstico, tratamento e sobrevida em pacientes com câncer de mama: uma revisão de literatura. *Colloq Vitae*, v. 13, n. 1, p. 12–16, 2021. DOI: 10.5747/cv.2020.v13.n1.v318.

LIMA JÚNIOR, Antônio José de; ZANETTI, Ariane Cristina Barboza; DIAS, Bruna Moreno; BERNANDES, Andrea; GASTALDI, Francielly Marques; GABRIEL, Carmen Silvia. Occurrence and preventability of adverse events in hospitals: a retrospective study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 3, e20220025, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0025pt>.

LOPYOLA, Cristina Maria Douat; ROSANE, Rosane Mara Pontes de Oliveira. Florence Nightingale e a arte de enfermagem: texto e contexto da Inglaterra Vitoriana. *Esc Anna Nery*, v. 25, n. 4, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/YRqgR7g4LSNQhPHCZY9ZGRK>.

LUIZ, Olinda Cristina; GALVÃO, Anna Larice Meneses; OLIVEIRA, Elda; GERMANIA, Ana Claudia Camargo Gonçalves; LUIZA, Olinda do Carmo. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saúde e Sociedade*, v. 30, n. 2, e200743, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200743>.

LUNA, Greiciane Arruda da Silva; SAWADA, Priscilla Yoshiko; RIBEIRO, Elzimar da Silva; GODOY, Gracielle Mara Silva; MOTA, Wilda Roberta Felipe Vieira; ZAGO, Priscilla de Lourdes; et al. Impacto econômico e de desempenho de infecções de sítio cirúrgico em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em hospital terciário. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 26, supl. 1, p. 102245, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102245>.

MALTA, Monica; CARDOSO, Letícia Oliveira; BASTOS, Francisco Inácio; MAGNANINI, Monica Maria Ferreira; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 559–565, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>

MARTINS, Adelita de Jesus Carvalho; SERVA, Cristiane Alves de Souza; FONSECA, Tatiane Helena da; MARTINS, Maria Joana de Lima; POVEDA, Vanessa de Brito. Jejum inferior a oito horas em cirurgias de urgência e emergência versus complicações. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 4, p. 712–717, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690414i>.

MATHEUS, Fernanda Araujo Valle; ALMEIDA, Sheyla Santana de; OLIVEIRA, Juliana dos Reis Neponuceno de; NETO, Carleone Vieira dos Santos; FONSECA, Elane Emmanuele Carvalho; CARVALHO, Ana Paula Fernandes de; LIMA, Jean Carla; OLIVEIRA, Caroline

dos Santos Pinto de. Estratégias para melhorar a segurança do paciente cirúrgico. *Nursing*, v. 26, n. 298, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i298p9533-9546>.

MEHTA, Saurabh S.; BRYSON, David J.; MANGWANI, Jitendra; CUTLER, Lucy. Communication after cancellations in orthopaedics: the patient perspective. *World Journal of Orthopedics*, v. 5, n. 1, p. 45–50, 2014. DOI: 10.5312/wjo.v5.i1.45.

MELGAREJO, Celsa Raquel Villaverde; MASTROIANNI, Patricia de Carvalho; VARALLO, Fabiana Rossi. Taxonomia dos incidentes. In: Promoção da cultura de notificação de incidentes em saúde. São Paulo: Editora UNESP, 2019. p. 25–28. ISBN 978-85-9546-337-0. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788595463370.0005>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo, 2014.

MIRANDA, Marlene da Silva; NASCIMENTO, Francisco Anderson Abreu do; LIMA, Viviane Nayara de Oliveira; ALBUQUERQUE, Francisco Jandson de; SILVA, Ana Luiza Gonçalves da; SALES, Andresa de Araújo et al. Communication and safe and effective nursing care in surgical center and intensive care: integrative review. *HSJ*, Itajubá, v. 13, n. 2, p. 42–51, 2023. DOI: 10.21876/rcshci.v13i2.1393.

MOREIRA, Luzimar Rangel; XAVIER, Anna Patrícia Rezende; MOREIRA, Francielly Nayhara; SOUZA, Luana Cristina Monteiro de; ARAUJO, Ocione Cristina de; SANTOS, Tânia Mara Bernardes et al. Avaliação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 19, n. 2, 2016. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/enfermagemrevista/article/view/13156>

NAKAMURA, Flávia Regina Yoshida; OLIVEIRA, Karine Silva de; FUGANTI, Cibele Cristina Tramontini. Prevalência de eventos adversos cirúrgicos em hospital universitário: um estudo abrangente. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e16425.2024>

NETTO, Rosecler; MESTRE, Marilza; RODRIGUES DOS SANTOS, Deborah Cristiane Lobo; ZOTTO, Leila Lilian Susko et al. Ansiedade e depressão em pacientes com tumores do sistema nervoso, hospitalizados à espera da cirurgia. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 11, n. 2, p. 267–284, 2009.

OLIVEIRA, Thais da Costa; SILVA, Jovânia Marques de Oliveira e; NAGLIATE, Patrícia de Carvalho; VERÍSSIMO, Regina Célia Sales Santos; SALES, Maria Lucélia da Hora; LUCENA, Tâmara Silva de. Eventos adversos e fatores associados em maternidades de alto risco. *Revista Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 11, n. 5, p. 179–186, 2021. DOI: 10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.3200.

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; MOREIRA, Isadora Alves; TOBIAS, Gabriela Camargo; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo.

Indicadores de assistência em uma clínica cirúrgica. *Enfermagem Global*, Murcia, v. 15, n. 43, p. 228–239, jul. 2016.

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo e; AZEVEDO FILHO, Francino Machado de. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 256–262, 2013. DOI: 10.1590/S0103-21002013000300009

PASCHOAL, Maria Lúcia Habib; GATTO, Maria Alice Fortes. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 48–53, jan. 2006. DOI: 10.1590/S0104-11692006000100007.

PAULA, Magno Fernando de; VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira; ROSSANEIS, Mariana Angela; HADDAD, Maria do Carmo Fernandes Lourenço; FERNANDES, Karen Barros Parron; PISSINATI, Paloma de Souza Cavalcante. Sobrevida e fatores associados à mortalidade de pacientes com internações de longa permanência. *Enfermagem Foco*, v. 12, n. 4, p. 682–687, 2021. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4472.

PEREIRA, Danielle Cristina; DE FREITAS, Danielle Cristina Pereira e Silva; HENZ, Aline Patrícia. Clima organizacional na gestão hospitalar e seus impactos: revisão bibliográfica. *Revista Pleiade*, v. 17, n. 41, p. 5–18, 2023. DOI: 10.32915/pleiade.v17i41.947.

PEREIRA, Emanuela Batista Ferreira; RANGEL, Sâmia Tavares; MODESTO, Brenna Cavalcanti Maciel; SILVA, Júlia Larissa de Souza; LIMA, Maria do Amparo Souza; AQUINO, Jael Maria de. Cancelamento cirúrgico: percepção de enfermeiros do bloco operatório. *Revista SOBECC*, v. 26, n. 1, 2021. DOI: 10.5327/Z1414-4425202100010004. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/604>. Acesso em: 19 maio 2025.

PEREIRA, Maurício Gomes. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

PERROCA, Márcia Galan; JERICÓ, Marli de Carvalho; FACUNDIN, Solange Diná. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 1, p. 113–119, mar. 2007. DOI: 10.1590/S0080-62342007000100015.

PINTO, Ana Cristina Silva; FERREIRA, Rosiane Santos; GOMES, Priscilla Manhães; ANDRADE, Lidiane Bonin de; TAVARES, Janaína de Medeiros. Avaliação dos efeitos do jejum prolongado no pré e pós-operatórios. *Revista de Enfermagem Função Care Online*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1161–1166, jan./dez. 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9057.

POSSARI, José Francisco. *Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão*. 5. ed. São Paulo: Iátria, 2011.

PRIETO, Marcela Moreira Nascimento; FONSECA, Renata Elizabete Pagotti da; ZEM-MASCARENHAS, Silvia Helena. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals

through HSOPSC: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 6, e20201315, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-1315.

PROQUALIS. Taxonomia - Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS), 2016. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-icps>.

R CORE TEAM. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2025.

REASON, James. Human error: models and management. *BMJ – British Medical Journal*, London, v. 320, n. 7237, p. 768–770, 2000. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/320/7237/768>.

REIS, Suzane dos Santos; SILVA, Marcus Vinicius Cardoso Matos; ARAÚJO, Jéssica Francisco de. Os impactos dos erros transfusionais e riscos causados em pacientes. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 9, n. 6, p. 19338–19351, jun. 2023. DOI: 10.34117/bjdv9n6-043.

RIGHI, Angela Weber; SCHMIDT, Alberto Souza; VENTURINI, Jonas Cardona. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da Estratégia Saúde da Família. Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 1–20, set. 2010. DOI: 10.14488/1676-1901.v10i3.405. ISSN 1676-1901.

ROCHA, Leonardo Gotuzzo; SOUZA, Alvenize de Quadros de; ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira. Fé e espiritualidade no cotidiano de pacientes pré-operatórios internados na clínica cirúrgica / Faith and spirituality in the daily life of preoperative patients admitted to the surgical clinic. *Journal of Nursing and Health*, v. 10, n. 2, 20 maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i2.17868>.

RODRIGUES, Kelly Cristina. Experiência do paciente: como criar, implementar e gerir bem um programa de excelência em experiência de pacientes. São Paulo: *Patient Centricity Books*, 2023.

RODRIGUES, Kelly Cristina; ROSCANI, Alessandra Nazareth Caine Pereira; BARBOSA, Janaína Regis Lemos. Marco teórico da experiência do paciente. Ponta Grossa, PR: *Atena*, 2024. DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.958241601>.

RODRIGUES, Yuri Xavier; SANTOS, João Marcos Gualberto Andrade; SILVA, Maria Fernanda Soares da; MARTINS, Igor Monteiro Lima. Análise do perfil epidemiológico de pacientes com infecção intra-hospitalar por bactérias multirresistentes. *Revista Multidisciplinar*, v. 38, n. 2, p. 1–12, 2025.

ROMANOWSKI, Francielle N. de A.; CASTRO, Mariane Boaventura de; NERIS, Naysa Wink. Manual de tipos de estudo. Anápolis: Centro Universitário de Anápolis, 2019.

ROQUE, Keroulay Estebanez; TONINI, Teresa; MELO, Enirtes Caetano Prates. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00081815.

RUSS, Stephanie Jane; ROUT, Shantanu; CARIS, Jochem; MOORTHY, Krishna; MAYER, Erik; DARZI, Ara; SEVDALIS, Nick; VINCENT, Charles. The WHO surgical safety checklist: survey of patients' views. *BMJ Quality & Safety*, v. 23, n. 11, p. 939–946, nov. 2014. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002772.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Hernández; LUCIO, Pilar Báez. *Metodologia de pesquisa*. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANCHIS, Desirée Zago; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; GIROTTO, Edmarlon; SILVA, Ana Maria Rigo. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 5, e20190174, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>.

SANJAY, Pradeep; DODDS, Andrew; MILLER, Eleanor; ARUMUGAM, Ponniah Jeyarajah; WOODWARD, Andrew. Operações eletivas canceladas: um estudo observacional de um hospital geral distrital. *Journal of Health Organization and Management*, v. 21, n. 1, p. 54–58, 2007. DOI: 10.1108/14777260710732268.

SANTANA, L. L.; SARQUIS, L. M. M.; BREY, C.; MIRANDA, F. M. D.; FELLI, V. E. A. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. e55785, 2016.

SANTOS, Cinthia Cunha Alves; FERREIRA POLGROSSI, Jane Erica; MAIA, Luiz Faustino dos Santos. Estresse do paciente frente ao cancelamento do procedimento cirúrgico. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, v. 3, n. 4, p. 12–20, 2018. DOI: 10.24281/rremecs2526-2874.2018.3.4.12-20.

SANTOS, Gisele Aparecida Alves Corral dos; BOCHI, Silvia Cristina Mangini. Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 70, n. 3, p. 561–568, 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0084.

SANTOS, José Luís Guedes dos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; CUNHA, Viviane Pecini da; ROS, Ratchneewan. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto Contexto Enferm*, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>

SCHUH, Laísa Xavier; KRUG, Suzane Beatriz Frantz; POSSUELO, Lia. Cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência. *Revista FunCare*, v. 12, p. 616–621, 2020. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8983>.

SCHUSTER, Martin; NEUMANN, Christian; NEUMANN, Konrad; BRAUN, Jan; GELDNER, Goetz; MARTIN, Joerg; SPIES, Claudia; BAUER, Martin; et al. The effect of hospital size and surgical service on case cancellation in elective surgery: results from a prospective multicenter study. *Anesthesia & Analgesia*, v. 113, n. 3, p. 578–585, set. 2011. DOI: 10.1213/ANE.0b013e318222be4d.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Hospital de Base completa 62 anos como referência em atendimento ao público, 2022. Disponível

em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/hospital-de-base-completa-62-anos-como-refer%C3%A2ncia-em-atendimento-ao-p%C3%BAblico>.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Hospital de Base recebe mais cinco salas no Centro Cirúrgico. 2013. Disponível

em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/hospital-de-base-recebe-mais-cinco-salas-no-centro-cirurgico>.

SILVA, Valdenir Almeida da; MOTA, Rosana Santos; BARROS, Ângela de Souza; GONÇALVES, Alessandra Rabelo Fernandes; SANT'ANNA, Monalisa Viana; BARBOSA DOS SANTOS, Mara Regina Nascimento. Eventos adversos e fatores associados em pacientes hospitalizados: um estudo em hospital público. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 74, e20200728, 2021. DOI: <https://doi.org/10.6018/global.450481>.

SILVA, Elizandra Helena Duarte da; CORDEIRO, Aline; SABOIA, Alessandra de Souza; SOUZA, Tereza Cristina Soares de; SILVA, Fernanda Azevedo. Reserva de sangue para cirurgia compartilhada reduz taxa de suspensão de cirurgias devido à indisponibilidade de sangue. *Ciência da Transfusão e Aférese*, v. 61, n. 2, p. 103305, abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.transci.2021.103305>

SILVA, Pedro Henrique Gomes da; SANTANA, Vitória Camila Lima de; PESSOA, Ryane Gracielle dos Santos; SILVA, Alyne Irene Ferreira da. A avaliação da resistência masculina na busca aos serviços de saúde. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 3, e19912340356, 2023. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40356>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – SOBECC. Práticas recomendadas da SOBECC. 8. ed. São Paulo: SOBECC, 2021.

SOUZA, Aline Tamiris Gonçalves; SILVA, Tais Kele de Paula da; DOMINGUES, Aline Natália; TOGNOLI, Sílvia Helena; EDUARDO, Aline Helena Appoloni; MACEDO, Juice Ishie; MENDES, Adriana Aparecida. Segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista SOBECC*, São Paulo, abr./jun. 2020. DOI: 10.5327/Z1414-4425202000020003.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos; MARZIALE, Maria Helena Palucci; SILVA, Gilberto Tadeu Reis; NASCIMENTO, Paula Lima. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, eAPE02631, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/actape/2021AO02631>

SUNG, Wei-Che; CHOU, An-Hsun; LIAO, Chia-Chih; YANG, Min-Wen; CHANG, Chee-Jen. Operation cancellation at Chang Gung Memorial Hospital. *Chang Gung Medical Journal*, v. 33, n. 5, p. 568–575, 29 out. 2010.

SUNSHINE, Jacob E.; MEO, Nicholas; KASSEBAUM, Nicholas J.; COLLISON, Michael L.; MOKDAD, Ali H.; NAGHAVI, Mohsen. Association of adverse effects of medical treatment with mortality in the United States: a secondary analysis of the global burden of diseases, injuries, and risk factors study. *JAMA Network Open*, v. 2, n. 1, p. E187041-1, 2019. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2018.7041.

TEIXEIRA, Cristiane Chagas; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito; PAGOTTO, Valéria. Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos internados. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 32, p. e25772, 2018.

THE BERYL INSTITUTE. *Guiding Principles*. 2019. Disponível em: <https://theberylinstitute.org/guiding-principles/>.

TOMASIELLO, Diego Bogado; BAZZO, João; PARGA, João; SERVO, Luciana Mendes; PEREIRA, Rafael H. M. Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)*, jan. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2832>.

TRAVASSOS, Célia; OLIVEIRA, Elisabeth Xavier de; VIACAVA, Frederico. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 975–986, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>

VALE, Victor César de Souza; GRUNEWALD, Sabrine Teixeira Ferraz; FAÇANHA, Telma Rejane dos Santos; CHAOUDAH, Alfredo. Avaliação da cultura de segurança do paciente em cinco hospitais brasileiros: estudo transversal. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 50, p. 1–9, 2024. DOI: 10.34019/1982-8047.2024.v50.43204.

VENÂNCIO, Lady Rosany Silva Almeida. Impacto de um ciclo de melhoria na redução da suspensão cirúrgica em um hospital público. 2021. 57 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Natal, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/79805a70-3f6a-4860-8c27-282686453f20>.

VIFTRUP, Anette; LAUSTSEN, Sussie; PAHLE, Maria Levin; DREYER, Pia Sander. Patient-reported harm following cancellation of planned surgery at a Danish university hospital: a cross-sectional study. *BMJ Open*, v. 14, e082807, 2024. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-082807.

VILELA, Renata Prado Bereta. Erro de medicação: o custo e o impacto das tecnologias preventivas na cadeia medicamentosa. 2016. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2016.

VILLAR, Vanessa Cristina Felipe Lopes; MARTINS, Mônica; RABELLO, Elaine Teixeira. Incidentes e eventos adversos de segurança do paciente notificados pelos cidadãos no Brasil: estudo descritivo, 2014–2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 30, n. 4, e2021005, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/pjvGvZ7zpm8YBG5gN6QsZ7h/?lang=pt>

VILLAR, Vanessa Cristina Felipe Lopes; DUARTE, Sabrina da Costa Machado; MARTINS, Mônica. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, ed. 12, p. 1–21, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00223019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Yj4QxnXJxJbsVhrrrCQwQr/?format=pdf&lang=pt>.

VILLAR, Vanessa Cristina Felipe Lopes; MARTINS, Mônica; RABELLO, Elaine Teixeira. Qualidade do cuidado e segurança do paciente: o papel dos pacientes e familiares. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 2, p. 222-235, 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213516. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213516>.

VOLPATO, Luciana Fernandes; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antonio Carlos; AMBROSANO, Gláucia Maria Bovi. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 8, p. 1561–1572, 2010.

WEISER, Thomas G.; REGENBOGEN, Scott E.; THOMPSON, Katherine D.; HAYNES, Alex B.; LIPSITZ, Stuart R.; BERRY, William R.; GAWANDE, Atul A. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*, v. 372, n. 9633, p. 139–144, 2008. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60878-8.

WOLF, Jason A. Building on a decade of hope: Why we must champion the human experience. *Patient Experience Journal*, v. 10, n. 1, 2023, p. 1-3. DOI: 10.35680/2372-0247.1820.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global patient safety report 2024: transforming healthcare safety worldwide. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376928/9789240095458-eng.pdf?sequence=1>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2009a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medication without harm – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems. Geneva, 2014. Disponível em: [www.WHO-HIS-SDS-2016.22-eng%20\(1\).pdf](http://www.WHO-HIS-SDS-2016.22-eng%20(1).pdf).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Taxonomy: the conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Geneva: WHO, 2009b.



Universidade de Brasília

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento nº _____ Nome do pesquisador _____
Data da coleta ____/____/____ Turno: _____ Instituição Hospitalar: _____

Dados do Paciente

Nº prontuário _____ Data de nascimento ____/____/____ Idade: _____
Estado civil: _____ Endereço: _____
Data da admissão ____/____/____ Data da suspensão cirúrgica ____/____/____
Data da alta/óbito ____/____/____

Sexo

- Masculino
- Feminino

Cor:

- Branca
- Parda
- Preto
- Amarelo
- Indígena

Óbito:

- Sim
- Não

Informações sobre a Cirurgia

Especialidade cirúrgica:

- Bucomaxilofacial
- Cirurgia cardíaca
- Cirurgia da Cabeça e pescoço
- Cirurgia do aparelho digestivo
- Cirurgia do trauma
- Cirurgia geral
- Cirurgia ginecológica
- Cirurgia oncológica
- Cirurgia torácica
- Cirurgia vascular
- Coloproctologia
- Mastologia
- Nefrologia
- Neurocirurgia
- Oftalmologia
- Ortopedia e traumatologia
- Otorrinolaringologia

- Urologia
- Outra _____

Procedimento cirúrgico proposto: _____

Necessidade de jejum: () sim () Não

Porte cirúrgico:

- Porte I
- Porte II
- Porte III
- Porte IV

Finalidade cirúrgica:

- Paliativo
- Diagnóstica
- Radical ou Curativa
- Plástico ou Reparado

Quanto ao potencial de contaminação da cirurgia:

- Cirurgias limpas
- Cirurgias potencialmente contaminadas
- Cirurgias contaminadas
- Cirurgias infectada
-

Motivos da Suspensão Cirúrgica

Condições relacionadas ao paciente:

- Paciente não compareceu
- Recusa do paciente
- Comorbidade descompensada
- Falta de exames laboratoriais ou de imagem
- Jejum inadequado
- Acesso venoso inviável

Condições relacionadas a sala e horário:

- Indisponibilidade de sala cirúrgica
- Falta de preparo/organização da sala cirúrgica
- Falta de vaga na SRPA

Condições relacionadas ao leito e UTI:

- Falta de leito de UTI
- Falta de leito da internação

Condições relacionadas a insumos e equipamentos:

- Indisponibilidade de roupas
- Equipamentos inoperantes
- Falta de material cirúrgico esterilizado
- Inadequação/ausência de material cirúrgico
- Medicamentos não repostos no Centro Cirúrgico

Condições relacionadas exclusivamente ao médico-cirurgião:

- Absenteísmo
- Reserva de sangue não solicitado
- Reserva de leito de UTI não solicitado
- Reserva de OPME não solicitado

- Exame de congelamento não solicitado
- Paciente sem indicação cirúrgica
- Divergência na programação cirúrgica
- Falta de parecer cardiológico
- Paciente já foi operado
- Falta de TCLE assinado
- Sem solicitação de equipamentos necessários
- Equipe não justificou

Condições relacionadas à anestesiologia:

- Falta de parecer anestésico
- Absenteísmo

Condições relacionadas à enfermagem:

- Absenteísmo

Informações sobre a Ocorrência de Incidentes

Ocorreu incidente até a realização da nova cirurgia: () Sim () Não

Classificação:

1. Administração Clínica

- Problemas no agendamento de exames.
- Casos de internação indevida.

2. Processo/Procedimento Clínico:

- Falhas durante procedimentos técnicos.
- Falhas de manuseio de equipamentos/materiais.
- Fixação inadequada de sonda, dreno ou cateter.
- Infiltração venosa.
- Não checagem de cuidados prescritos.
- Obstrução de sonda, dreno, cateter ou outros dispositivos.
- Omissão de cuidado.
- Diagnóstico errado.
- Processo alérgico (exceto medicamentos).
- Retirada não programada de sonda, cateter ou dreno.
- Sinais vitais incompletos.

3. Documentação:

- Pedido de exame errado.

4. Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde:

- Infecção hospitalar.
- Sepsis.
- Pneumonia.
- Flebite.
- Infecção associada a um cateter e/ou inserção de gastrostomia.
- Infecção de trato urinário.

5. Medicação/Fluidos Endovenosos:

- Reação adversa.
- Omissão de dose.
- Administração em hora errada.
- Administração de dose não prescrita.
- Prescrição incorreta de medicamento.
- Administração de medicamento errado.
- Administração de medicamento em via errada.

- Administração de medicamento em paciente errado.
- Medicamento fora da validade.

6. Sangue/Hemoderivados:

- Falta de monitorização antes e depois da instalação.
- Reação a hemoderivados.
- Administração no paciente errado.
- Quantidade errada de sangue/hemoderivado fora do prazo.

7. Nutrição:

- Erros relacionados ao paciente.
- Dieta incorreta.
- Via de administração errada.
- Frequência de administração errada.
- Jejum desnecessário.

8. Oxigênio/Gás/Vapor:

- Problemas relacionados ao paciente.
- Gás errado.
- Fluxo errado.
- Omissão na administração.

9. Dispositivos Médicos/Equipamentos Médicos:

- Manutenção inadequada de equipamentos.
- Falta de materiais médico-hospitalares.
- Equipamento inapropriado para função.

10. Comportamento:

- Evasão do paciente.
- Autolesão/suicídio.
- Agressão (verbal, física, sexual).
- Danos contra bens.

11. Acidente do Paciente:

- Exposição a agentes térmicos ou químicos.
- Queda.
- Lesão por pressão.
- Queimaduras.

12. Infraestrutura/Instalações:

- Instalações danificadas.
- Instalações inadequadas.

13. Recursos/Gestão Organizacional:

- Problemas na gestão da carga de trabalho.
- Disponibilidade insuficiente de leitos.
- Falta de recursos humanos



APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUALITATIVOS

Dados do Paciente

Nº prontuário:

Data de nascimento:

Idade:

Local de nascimento:

Estado civil:

Escolaridade:

Ocupação:

Procedimento cirúrgico proposto:

Especialidade médica:

Data da admissão:

Data da suspensão cirúrgica:

Roteiro de Entrevista Semiestruturado

1. Você recebeu uma explicação clara e compreensível sobre os motivos da suspensão da sua cirurgia? (se a resposta for SIM ou NÃO ou SIMILAR, instigar a fala - *poderia me falar um pouco mais como foi essa conversa? Quem te comunicou? Qual o motivo?*)
2. Como você avalia a comunicação entre a equipe de saúde sobre o seu processo de suspensão cirúrgica?
3. Você teve a oportunidade de expressar suas dúvidas e preocupações sobre a suspensão da cirurgia? (*Me conte mais sobre isso*)
4. Como a suspensão cirúrgica impactou seu bem-estar e sua saúde de modo geral?
5. Você sentiu que sua saúde e segurança foram priorizadas durante o processo de suspensão da cirurgia?
6. Você percebeu a existência de um planejamento para remarcar sua cirurgia de forma ágil e organizada?
7. Você sofreu ou presenciou algum erro dentro do ambiente hospitalar enquanto aguardava a remarcação cirúrgica?
8. Para você, quais alternativas foram oferecidas para minimizar os impactos da sua suspensão cirúrgica?
9. O que poderia ter sido feito para melhorar sua experiência diante da suspensão da cirurgia?
10. De modo geral, como você descreveria sua experiência como paciente no processo de suspensão da cirurgia?



Universidade de Brasília

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa

“Suspensão cirúrgica e sua relação com a experiência e segurança do paciente: Percepção de pacientes em um hospital público”, sob a responsabilidade da pesquisadora Laís Roberta Diniz da Silva. O projeto busca compreender a experiência do paciente, frente ao processo de suspensão cirúrgica, assim como, associar eventos de segurança do cuidado, durante a hospitalização.

O objetivo desta pesquisa é analisar a percepção do paciente frente à suspensão cirúrgica e sua relação com a experiência e segurança do paciente durante a hospitalização em uma instituição pública do Distrito Federal. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista semiestruturada, com roteiro criado pelo pesquisador, com duração média de 10 minutos. A entrevista será realizada no Hospital de Base do Distrito Federal, durante a hospitalização dos pacientes, que serão identificados através do levantamento das especialidades médicas que mais suspenderam procedimentos cirúrgicos eletivos.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são: perda de informações coletadas e possíveis danos psicológicos, relacionados à ansiedade e medo, durante a entrevista semiestruturada. Estes riscos serão minimizados com as seguintes estratégias: será utilizado um dispositivo gravador de som, livre de chip, sem acesso às redes sociais ou aplicativo de mensagens e posteriormente será realizada a transcrição na íntegra, as informações transcritas serão armazenadas em dois computadores não conectados à internet, com o software antivírus atualizado, e o acesso às informações será protegido por senhas. Para minimizar danos psicológicos, os pesquisadores estarão habilitados ao método de coleta, atentos a sinais de desconforto e caso exista algum comportamento alterado ocasionado por sentimentos negativos, crises de ansiedade ou medo, os participantes receberão acolhimento pelo mestrando que conduz a pesquisa. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, contribuirá para analisar o impacto da suspensão de cirurgias eletivas na segurança do cuidado durante a hospitalização, além de, enfatizar a necessidade de compreender a experiência do paciente, para aumentar a autonomia e satisfação.

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de artigo científico, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Laís Roberta Diniz da Silva, na Universidade de Brasília-UNB no telefone (61) 98229-3230, disponível inclusive para ligação a cobrar e pelo e-mail: jvitordamota@gmail.com. Informamos que o contato com o pesquisador pode ser feito a qualquer hora.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone

(61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, outras informações podem ser conferidas no site <https://fs.unb.br/comite-de-etica-cep-fs/sobre-cep>. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IGESDF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3550-8900 Ramal 9167 ou e-mail: cep@igesdf.org.br.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____



APÊNDICE D: TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM OU VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS

Protocolo de Pesquisa, CAAE nºCAAE: 78623924.7.0000.0030 e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – CEP/Iges-DF, autorizado sob o CAAE: 78623924.7.3001.8153, aprovado em 06 de maio de 2024.

Por meio deste termo, o participante do estudo “Suspensão cirúrgica e sua relação com a experiência e segurança do paciente: Percepção de pacientes em um hospital público”, de forma livre e esclarecida, cede o direito de uso das fotografias, vídeos e/ou voz adquiridos durante a realização do tratamento clínico a que foi submetido ou durante sua participação em estudo/pesquisa anterior, e autoriza o(s) pesquisador Laís Roberta Diniz da Silva, CPF: 378.690.128-74, Graduanda pela Universidade de Brasília responsável pelo trabalho a:

a. utilizar e veicular as fotografias, vídeos e/ou voz obtidas durante seu tratamento clínico ou durante sua participação em estudo/pesquisa anterior na dissertação para fim de obtenção de título de mestre (e/ou divulgação científica), na área de gestão e segurança do paciente, sem qualquer limitação de número de inserções e reproduções, desde que essenciais para os objetivos do estudo, garantida a ocultação de identidade (mantendo-se a confidencialidade e a privacidade das informações), inclusive, mas não restrito a ocultação da face e/ou dos olhos, quando possível;

b. veicular as fotografias, vídeos e/ou voz acima referidas na versão final do trabalho acadêmico, que será obrigatoriamente disponibilizado na página web da biblioteca (repositório) da Universidade de Brasília – UnB, ou seja, na internet, assim tornando-as públicas;

c. utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) ou impresso (pôsteres ou painéis);

d. utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz para a publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções;

e. no caso de imagens, executar livremente a montagem das fotografias, realizando cortes e correções de brilho e/ou contraste necessários, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida;

f. no caso da voz, executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, assim como de gravações, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela

guarda e pela utilização da obra final produzida.

O participante declara que está ciente que não haverá pagamento financeiro de qualquer natureza neste ou em qualquer momento pela cessão das fotografias, dos vídeos e/ou da voz, e que está ciente que pode retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, salvo os materiais científicos já publicados.

É vedado ao(s) pesquisador(es) utilizar as fotografias, os vídeos e/ou a voz para fins comerciais ou com objetivos diversos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação brasileira. O(s) pesquisador(es) declaram que o presente estudo/pesquisa será norteado pelos normativos éticos vigentes no Brasil.

Concordando com o termo, o participante de pesquisa e o(s) pesquisador(es) assinam o presente termo em 2 (duas) vias iguais, devendo permanecer uma em posse do pesquisador responsável e outra com o participante.

Brasília, ____ de _____ de _____

Pesquisador Responsável CPF:

Pesquisador Auxiliar CPF:

Participante do Estudo CPF:

Observação:

O participante e o(s) pesquisador(es) precisam obrigatoriamente rubricar todas as páginas e assinar a última página.

ANEXO A



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA SUSPENSÃO CIRÚRGICA NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E SEGURANÇA DO CUIDADO DURANTE HOSPITALIZAÇÃO: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

Pesquisador: JOAO VITOR DA MOTA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78623924.7.0000.0030

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado - Universidade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.805.011

Apresentação do Projeto:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2240655.pdf", postado em 01/05/2024:

"Desenho:

Trata-se de uma pesquisa primária, de métodos mistos, com abordagem sequencial explanatória, quanti-qualitativa sobre suspensão cirúrgica. O enfoque da pesquisa de método misto é sistematizar e integrar processos da pesquisa qualitativa e quantitativa, sem alterar suas estruturas originais. Ao utilizar esse tipo de método, espera-se uma variedade maior de perspectivas do problema em relação à frequência e dimensão com o

levantamento de dados quantitativos, assim como complexidade e profundidade na fase qualitativa (Sampieri; Collado; Lucio, 2013). O estudo descritivo, de corte transversal, na etapa quantitativa da pesquisa, será utilizado para analisar a ocorrência das suspensões cirúrgicas. O estudo transversal busca analisar a prevalência de uma condição em um determinado período. Nesse sentido, esse tipo de estudo observa e coleta informações sobre uma temática, fornecendo uma visão instantânea de um grupo em relação a uma característica ou condição específica. (Costa; Barreto, 2003). A justificativa para o uso multimétodos está principalmente na compensação, extensão, amostragem, ilustração e clareza. Portanto, procura-se neutralizar

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.805.011

as fragilidades e fortalecer as potencialidades de algum método, defender uma visão mais holística em determinados processos, facilitar a amostragem da etapa qualitativa com apoio da etapa quantitativa, explicar de outra forma os produtos levantados e identificar a existência de relações ocultas que não foram analisadas com o uso de um só método (Creswell; Clark, 2013; Sampieri; Collado; Lucio, 2013). Diante do exposto, será possível analisar o impacto da suspensão cirúrgica em relação a novas ocorrências de incidentes e, ainda, levantar a percepção do paciente em relação ao impacto dessa suspensão na sua segurança e experiência durante hospitalização."

"Resumo:

Introdução: Apesar da intervenção cirúrgica ser realizada com a finalidade de salvar vidas, existem riscos relacionados à assistência cirúrgica, influenciando na cultura de segurança do paciente. Os desfechos causados pela suspensão cirúrgica geram impactos nos profissionais, na instituição e principalmente na segurança do paciente, com reflexo na percepção do paciente em relação à sua experiência durante a jornada hospitalar. **Objetivo:** O objetivo geral do estudo é analisar o impacto da suspensão de cirurgias eletivas na segurança do cuidado e experiência do paciente durante hospitalização em uma instituição pública do Distrito Federal. **Material e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa primária de método misto sequencial explanatório sobre suspensão cirúrgica. O estudo será realizado com os pacientes submetidos à suspensão cirúrgica no ano de 2023. Os dados serão coletados no primeiro semestre de 2024, em duas fases. A primeira, de abordagem quantitativa, compreenderá a aplicação de um instrumento desenvolvido pelo pesquisador para a caracterização dos pacientes e das cirurgias suspensas; a segunda, de abordagem qualitativa, será realizada por meio de entrevista semiestruturada, com pacientes que sofreram suspensão cirúrgica, para a compreensão do impacto desse evento adverso na sua experiência e segurança do cuidado durante a hospitalização. **Resultados Esperados:** Este estudo busca aprofundar a compreensão do impacto da suspensão de cirurgias eletivas na segurança dos pacientes. A análise da taxa de suspensão cirúrgica e a identificação de fatores de risco associados visam contribuir para estratégias preventivas mais fundamentadas. A pesquisa destaca a importância de identificar os motivos para a suspensão cirúrgica e caracterizar os incidentes entre a suspensão e a realização do procedimento, enfatizando os riscos associados ao adiamento cirúrgico. Além disso, destaca a necessidade de compreender a experiência do paciente para melhorar a autonomia, satisfação e segurança, com o objetivo de desenvolver políticas e práticas

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.805.011

eficientes para reduzir as taxas de suspensão cirúrgica."

"Hipótese:

Pacientes com condições de saúde mais complexas e fatores socioeconômicos estão interligado com a taxa de suspensão cirúrgica, essa taxa tem relação com incidentes relacionados a segurança do paciente, levando a complicações e riscos adicionais ao indivíduo e prolongando o tempo de tratamento, internação, além de aumentar os custos aos sistema de saúde e influenciar na experiência do paciente."

"Metodologia Proposta:

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa primária, de métodos mistos, com abordagem sequencial explanatória, quanti-qualitativa sobre suspensão cirúrgica. O enfoque da pesquisa de método misto é sistematizar e integrar processos da pesquisa qualitativa e quantitativa, sem alterar suas estruturas originais. Ao utilizar esse tipo de método, espera-se uma variedade maior de perspectivas do problema em relação à frequência e dimensão com o levantamento de dados quantitativos, assim como complexidade e profundidade na fase qualitativa (Sampieri; Collado; Lucio, 2013). O estudo descritivo, de corte transversal, na etapa quantitativa da pesquisa, será utilizado para analisar a ocorrência das suspensões cirúrgicas. O estudo transversal busca analisar a prevalência de uma condição em um determinado período. Nesse sentido, esse tipo de estudo observa e coleta informações sobre uma temática, fornecendo uma visão instantânea de um grupo em relação a uma característica ou condição específica. (Costa; Barreto, 2003). Em uma pesquisa analítica, busca-se esclarecer a conexão entre uma exposição e a ocorrência de ações específicas. Esse tipo de estudo visa explicar relações que justifiquem efeitos, adoecimentos ou condições de saúde já suspeitadas (Pereira, 2018). Em contraste a pesquisa quantitativa, a fase qualitativa busca melhor aproximação com o objeto estudado e, na maioria das vezes, utiliza-se essa abordagem para explorar as profundidades e compreender questões propostas pelo estudo. Esse tipo de método é mais maleável e pode ser moldado ao longo da pesquisa. Neste caso, a etapa qualitativa busca completar e explicar a etapa de mensuração com maior riqueza de informações do ponto de vista dos participantes, logo que, não se tem muitas informações acerca da perspectiva dos pacientes frente a correlação de suspensão cirúrgica e segurança do paciente (Minayo, 2013; Conteratto et al.,

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



2020). No presente estudo, a abordagem qualitativa será utilizada para desvelar o impacto das suspensões cirúrgicas na perspectiva dos pacientes. Os autores Sampieri; Collado; Lúcio, (2013) relatam que o método misto acontece por meio de técnicas de coleta, observação e combinação de estratégias quantitativas e qualitativas em um mesmo método de pesquisa. A conciliação desse procedimento permite um maior impacto analítico. Na perspectiva sequencial, diferentes a concomitante, existe uma assimetria temporal entre o levantamento de dados quantitativos e qualitativos. No modelo sequencial explanatório, a coleta de dados qualitativa acontece após a etapa quantitativa. A justificativa para o uso multimétodos está principalmente na compensação, extensão, amostragem, ilustração e clareza. Portanto, procura-se neutralizar as fragilidades e fortalecer as potencialidades de algum método, defender uma visão mais holística em determinados processos, facilitar a amostragem da etapa qualitativa com apoio da etapa quantitativa, explicar de outra forma os produtos levantados e identificar a existência de relações ocultas que não foram analisadas com o uso de um só método (Creswell; Clark, 2013; Sampieri; Collado; Lucio, 2013). A população do estudo na fase quantitativa será composta pelos pacientes que tiveram o procedimento cirúrgico suspenso na unidade no período de janeiro de 2023 a dezembro de 2023, aproximadamente 985 pacientes. Já na fase qualitativa serão incluídos 15 pacientes hospitalizados após a coleta de dados quantitativos, de acordo com o contexto explanatório, totalizando 1.000 pacientes na amostra final."

"Critério de Inclusão:

Serão incluídos os pacientes internados com mais de 18 anos; que passaram pela experiência de terem procedimentos cirúrgicos eletivos suspensos no centro cirúrgico central; suspensões de qualquer especialidade médica; ter realizado cirurgia após suspensão na mesma internação; possuir formulário de suspensão cirúrgica ou evolução da suspensão cirúrgica em prontuário eletrônico. Para o estudo qualitativo, será acrescentado como critério de inclusão, ter interesse e disponibilidade em participar da pesquisa, estar hospitalizado no dia da coleta de dados. Atualmente, o local do estudo possui 17 especialidades cirúrgicas, entretanto ao aplicar os critérios de exclusão, apenas 15 especialidades serão incluídas na fase qualitativa. Para determinar a amostra, o pesquisador utilizará o mapa cirúrgico e os formulários de suspensão. Os participantes serão selecionados com base no intervalo de tempo das suspensões de seus procedimentos cirúrgicos. Assim, serão incluídos nesta etapa os pacientes com histórico de suspensões cirúrgicas mais remotas. A entrevista será realizada com 1 paciente de cada

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.805.011

especialidade, totalizando 15 pacientes na etapa qualitativa, cabendo ao pesquisador observar a saturação dos dados investigados."

"Critério de Exclusão:

Serão excluídos pacientes que tiveram a cirurgia suspensa e receberam alta no mesmo dia, ou seja, a suspensão cirúrgica não prolongou o período de internação hospitalar. Na etapa qualitativa, serão excluídos os pacientes da oftalmologia que, na maioria das vezes, não é realizada internação pré-operatória e os pacientes da cirurgia do trauma, onde procedimentos de urgência e emergência não serão avaliados. Os pacientes que não apresentarem condições de participar da entrevista, devido a razões clínicas, cognitivas ou ao uso de dispositivos que impossibilitem a resposta adequada às questões abordadas durante o processo de entrevista, também serão excluídos"

"Metodologia de Análise de Dados:

A coleta dos dados quantitativos será realizada durante o 1º semestre de 2024, dentro de um período delimitado de cinco semanas, três vezes por semana, em um turno por dia (matutino, vespertino ou noturno). As informações serão extraídas do formulário de suspensão cirúrgica e do prontuário eletrônico do próprio hospital (SIS Soul MV), onde estão inseridas todas as informações sobre o paciente. Cada participante será identificado de forma anônima por uma letra "N" seguida de um número cardinal, designado pela ordem de participação na pesquisa (por exemplo, participante N1, N2, N3 e assim por diante). Essa prática visa preservar o sigilo dos participantes, facilitando tanto a coleta quanto a análise dos dados. Os dados quantitativos serão submetidos à codificação apropriada e inseridos em banco de dados eletrônicos, juntamente com o dicionário guia dos códigos em planilha do Microsoft Excel. Posteriormente, passarão pelo processo de validação mediante a técnica de dupla digitação para processamento e análise através do software Statistical Package For The Social Sciences - SPSS (versão 20.0 para Windows). O percentual de suspensão cirúrgica será calculado considerando o número de procedimentos suspensos como numerador e o número de procedimentos realizados como denominador, multiplicado por 100. O percentual por especialidade médica será calculado por regra de três simples (SOBECC, 2021). A análise dos dados contínuos envolverá o emprego de estatísticas descritivas, incluindo medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão) enquanto para os dados categóricos serão utilizadas frequências absolutas e relativas. Durante a análise descritiva dos dados, para testar

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



a significância da associação entre duas variáveis, será utilizado o teste não paramétrico qui-quadrado e quando indicado o teste de Fisher. Intervalos de confiança de 95% serão determinados, e as associações que apresentarem um valor de $p < 0,05$ serão consideradas estatisticamente significativas.

Para a condução da coleta de dados qualitativos, será utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada para compreensão do assunto proposto pelo pesquisador. A entrevista tem como objetivo reunir informações detalhadas de um tema, decorrente do diálogo entre o participante e o pesquisador. Essa abordagem possibilita uma compreensão mais minuciosa e personalizada de determinado tema por parte de cada participante. Portanto, a abordagem individualizada durante a entrevista proporciona uma análise mais fidedigna e contextualizada das experiências dos participantes em relação ao tema em questão, enriquecendo, assim, a qualidade dos dados coletados (Sampieri; Collado; Lucio, 2013). Os participantes serão identificados com pseudônimos (sujeito P1 ao sujeito P15 seguidamente, se houvesse), facilitando a codificação e com o intuito de manter em sigilo a identidade dos mesmos, como recomendam as normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos. Os dados qualitativos serão transcritos na íntegra para formar o corpus de análise. Serão submetidos à Análise de Conteúdo conforme referencial teórico de Bardin (2016), seguindo três pontos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Entretanto, não existe um fluxo unidirecional entre o início da análise e a interpretação, podendo o pesquisador utilizar as etapas de formas complementares. Para apoiar a análise dos dados qualitativos das entrevistas com roteiro semiestruturado, será realizada a transcrição do conteúdo em corpus textual e submetido para tratamento com o suporte do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). O programa informático gratuito, permite a análise estatísticas de textos criados a partir de entrevistas e tem como função gerenciar e facilitar a codificação dos dados."

"Desfecho Primário:

Como resultado deste estudo, espera-se obter uma compreensão mais aprofundada do impacto da suspensão de cirurgias eletivas na segurança dos pacientes em um ambiente hospitalar público. A análise da taxa de suspensão cirúrgica fornecerá uma perspectiva clara da incidência desse fenômeno no contexto específico. Além disso, a caracterização dos perfis dos pacientes e das cirurgias suspensas permitirá a identificação de fatores de risco associados à

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.805.011

suspensão cirúrgica, contribuindo para a formulação de estratégias preventivas mais fundamentadas. Neste sentido, identificar os motivos que ocasionaram a suspensão cirúrgica é de suma importância para a criação de estratégias e protocolos

efetivos para reduzir o percentual de suspensão cirúrgica. Posteriormente, levantar e caracterizar os incidentes que aconteceram no intervalo entre a suspensão e a realização do novo procedimento, facilita a conscientização sobre os riscos associados a prorrogação do período de internação hospitalar decorrente do adiamento cirúrgico e o impacto desse tempo adicional na segurança do paciente."

"Desfecho Secundário:

Compreender a experiência do paciente frente ao processo de cuidado melhora o planejamento, coordenação, desenvolvimento e controle das ações que visem aumentar a autonomia do paciente e fortalecer sua segurança. Portanto, uma experiência favorável aumenta a satisfação do usuário que, conseqüentemente, se envolverá mais com seu próprio cuidado e tratamento. Além disso, é esperado que os resultados deste estudo contribuam para um conhecimento mais extenso do impacto da suspensão cirúrgica para a segurança do paciente, fornecendo dados essenciais para a gestão organizacional no sentido de promover melhor experiência e segurança para a população que sofreu a suspensão. Com base nos achados desta pesquisa, espera-se desenvolver e aprimorar políticas e práticas mais eficientes para reduzir as taxas de suspensão cirúrgica, visando aprimorar a qualidade e a segurança da assistência em saúde no contexto hospitalar."

"Tamanho da Amostra no Brasil: 1.000"

"Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?"

Sim"

"Detalhamento:

Pacientes atendidos na área de estudo descrita; procedimentos cirúrgicos eletivos suspensos de todas as especialidades médicas; procedimentos realizados em qualquer período do dia; possuir formulário de suspensão cirúrgica ou evolução da suspensão cirúrgica em prontuário eletrônico. Para análise de ocorrência de incidentes de segurança ocorridos após a suspensão de cirurgia até a realização de nova cirurgia, será utilizado a evolução

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.805.011

clínica dos profissionais de saúde, assim como evolução do Núcleo de Segurança do paciente. Entretanto, laudos e exames laboratoriais não serão fontes de pesquisa. Foi definido como incidente qualquer registro encontrado nas anotações de prescrição e/ou progresso clínico do paciente, e identificado de acordo com os critérios estabelecidos no manual de pesquisa desenvolvido para esse propósito, em conformidade com os padrões internacionalmente reconhecidos e disponíveis publicamente, descritos no Sistema Global de Classificação para a Segurança do Paciente (OMS, 2009). O incidente pode ser classificado como circunstância notificável, quase erro, incidente com ou sem danos ao paciente. A circunstância notificável é uma condição que tem potencial relevante para causar dano, mas o incidente não aconteceu. Quase erro é um incidente onde o erro é detectado antes de atingir o paciente. Quando ocorre um evento sem danos, o evento atingiu o paciente, mas não gerou dano, já o incidente com danos (eventos adversos) resulta em danos ao paciente que podem ser de vários tipos, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, incapacidade e morte (OMS, 2009). A coleta de dados será realizada durante o 1º semestre de 2024 após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa, as informações serão extraídas do formulário de suspensão cirúrgica e do prontuário eletrônico do próprio hospital (SIS Sou MV), onde estão inseridas todas as informações sobre o paciente. Um auxiliar de pesquisa, discente do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), integrante do Laboratório de Estudos em Gestão dos Serviços de Saúde, submetido a treinamento teórico-prático prévio para operar o sistema, auxiliará o pesquisador principal, especialista em centro cirúrgico, na análise do checklist de suspensão cirúrgica e prontuário eletrônico para busca de incidentes de segurança ocorridos após a suspensão de cirurgia até a realização de nova cirurgia. A metodologia de coleta

de dados é descrita em quatro partes: I. Identificação dos dados secundários. Os dados serão coletados através do prontuário eletrônico utilizado pela instituição e formulário de suspensão cirúrgica preenchido pela equipe médica. A identificação dos pacientes será registrada no instrumento de coleta de dados apenas para localizar os prontuários eletrônicos dos usuários que não possuírem a ficha de suspensão cirúrgica. II. Percentual de suspensão cirúrgica. O percentual de suspensão cirúrgica será calculado da seguinte forma: N° de procedimentos suspensos dividido pelo N° de procedimentos realizados multiplicada por 100, e o percentual por especialidade médica será calculado por regra de três simples. (SOBECC, 2021). III. Delineamento dos dados secundários. Após a identificação dos dados dos usuários incluídos no estudo, os mesmos serão agrupados no intuito de observar: a) Caracterizar o perfil dos

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.805.011

pacientes que tiveram procedimento cirúrgico suspenso; b) Caracterizar o perfil das cirurgias eletivas que foram suspensas; c) Verificar associação entre o perfil do paciente e características da cirurgia com a suspensão cirúrgica; d) Descrever as causas que levaram à suspensão cirúrgica; e) Caracterizar a ocorrência de incidentes de segurança ocorridos após a suspensão de cirurgia até a realização de nova cirurgia; IV. Caracterizar a ocorrência de incidentes de segurança. Para descrever os incidentes que aconteceram entre a suspensão cirúrgica e a nova cirurgia, será realizado a coleta de informações através do prontuário eletrônico."

"Propõe dispensa do TCLE?

Sim"

"Justificativa:

Para a pesquisa quantitativa, a dispensa do TCLE será requisitada, pela difícil localização e inviabilidade de acesso pessoal devido ao número elevado de participantes do estudo, uma vez que haverá pacientes que residem em locais distantes e até mesmo aqueles que evoluíram para óbito. No segundo momento, para a pesquisa qualitativa, o TCLE será aplicado para os indivíduos que aceitarem participar da pesquisa."

Objetivo da Pesquisa:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2240655.pdf", postado em 01/05/2024:

"Objetivo Primário:

Analisar o impacto da suspensão de cirurgias eletivas na segurança do cuidado e experiência do paciente durante hospitalização em uma instituição pública do Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

Estimar a taxa de suspensão cirúrgica.

Caracterizar o perfil dos pacientes que tiveram procedimento cirúrgico suspenso.

Descrever as causas e o perfil das cirurgias eletivas que foram suspensas.

Verificar associação entre o perfil do paciente e características da cirurgia com a suspensão cirúrgica.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.805.011

Caracterizar a ocorrência de incidentes de segurança ocorridos após a suspensão de cirurgia até a realização de nova cirurgia.

Levantar a percepção dos pacientes frente à suspensão cirúrgica e sua relação com a experiência e segurança do paciente."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2240655.pdf", postado em 01/05/2024:

"Riscos:

A pesquisa mencionada apresenta um risco potencial de perda de informações, já que os dados serão coletados por meio de um formulário e do prontuário eletrônico do hospital. Para mitigar esse risco, os dados serão armazenados em dois computadores não conectados à internet, com o software antivírus atualizado, e o acesso às informações será protegido por senhas. Além disso, os participantes e a instituição da pesquisa não serão identificados, garantindo anonimato e confidencialidade das informações manipuladas. Durante o período de coleta de dados, o acesso ao prontuário será restrito e limitado apenas às informações pertinentes à pesquisa. Todos os dados obtidos serão exclusivamente utilizados para fins científicos.

Benefícios:

Em termos de benefícios, esta pesquisa oferecerá novas informações sobre a incidência e os motivos por trás das suspensões de cirurgias, além de comparar esse indicador com número de incidentes que ocorreram no período entre a suspensão e o novo procedimento cirúrgico. O levantamento de dados permite o desenvolvimento de estratégias para reduzir o percentual de suspensão. Compreender a perspectiva dos pacientes frente a suspensão, demonstrar a experiência diante o prolongamento da internação e discutir sobre a relação da segurança do paciente com a suspensão cirúrgica permite sensibilizar as instituições acerca da abordagem ao paciente com o procedimento cirúrgico suspenso. A comunicação eficaz e transparente diminui sentimentos negativos e aumenta a participação do paciente, tornando-o protagonista e gerente do seu próprio cuidado, o que eleva o nível de segurança no processo de hospitalização."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.805.011

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGEnf de de João Vítor da Mota Silva, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá.

O estudo será conduzido no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) em duas etapas: quantitativa, em que os dados serão coletados através do prontuário eletrônico e formulário de suspensão cirúrgica preenchido pela equipe médica e qualitativa realizada pela entrevista a 15 participantes de pesquisa.

O IGESDF é instituição coparticipante.

Para a etapa da pesquisa quantitativa foi solicitada a dispensa do TCLE, com a justificativa "Para a pesquisa quantitativa, a dispensa do TCLE será requisitada, pela difícil localização e inviabilidade de acesso pessoal devido ao número elevado de participantes do estudo, uma vez que haverá pacientes que residem em locais distantes e até mesmo aqueles que evoluíram para óbito. No segundo momento, para a pesquisa qualitativa, o TCLE será aplicado para os indivíduos que aceitarem participar da pesquisa." Porém, para a pesquisa qualitativa, foram apresentados um TCLE e Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Som de Voz para fins científicos e acadêmicos.

Pelo cronograma, o projeto será executado em 24 meses com início previsto para a coleta de dados em julho de 2024, conforme documento em versão editável "Cronograma_UnB.docx", postado em 02/04/2024, e "Cronograma_Iges_DF.docx", postado em 26/03/2024.

Trata-se de financiamento próprio e com previsão de gastos de R\$ 7.656,00, incluindo gastos com Cartuchos de Tinta Preta para Impressora, computador, Grafite 0,7, caneta, borracha, Resma de papel A4, pasta colecionadora, análise estatística, conforme documentos em versão editável "Planilha_de_orcamento_UnB.doc" e "Planilha_de_orcamento_Iges.doc", postados em 26/03/2024.

Os currículos da equipe de pesquisa foram anexados.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.805.011

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

- 1 - Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2240655.pdf", postado em 01/05/2024.
- 2 - Carta de Respostas às Pendências apontadas pelo CEP, informando as respostas do pesquisador às pendências apontadas pelo CEP. Versão editável "CARTA_DE_RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS_APONTADAS_PELO_CEP.doc", postado em 01/05/2024.
- 3 - Cronograma de execução de atividades: o projeto será executado em 24 meses com início previsto para a coleta de dados em julho de 2024, conforme documento em versão editável "Cronograma_UnB.docx", postado em 01/05/2024.
- 4 - Projeto detalhado - versão editável "Dissertacao_JoaoVitor.docx", postado em 01/05/2024.
- 5 - Outros - Instrumentos de coleta de dados em versão editável "APENDICE_B.docx" e "APENDICE_A.docx", postados em 01/05/2024.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 6.782.289:

1. Solicita-se adequar o cronograma no documento "Cronograma_UnB.docx" para constar a data de início e fim do estudo - mês/ano, acrescentando os anos de desenvolvimento do projeto ao invés de ano 1 e ano 2.

RESPOSTA: "Página nº 01, 2º linha da tabela do documento: Cronograma_UnB.docx. O ano 01 e ano 02 foi substituído por 2023/2024 e 2024/2023. Os formatos dos meses foram substituídos pelo formato mês/ano."

ANÁLISE: O cronograma foi adequado, conforme documento "Cronograma_UnB.docx", postado em 01/05/2024.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Solicita-se corrigir o título do Apêndice B, onde consta Apêndice A.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.805.011

RESPOSTA: 'No documento "APENDICE_B.docx" o título "APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUALITATIVOS" foi alterado para "APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUALITATIVOS".'

ANÁLISE: O título foi alterado, conforme documentos "APENDICE_B.docx" e "APENDICE_A.docx", postados em 01/05/2024.

PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Solicita-se esclarecer a que se refere o tamanho da amostra 1.000 indivíduos participantes da pesquisa. Tal informação deve ser incluída no projeto detalhado e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.

RESPOSTA: 'Na página 12, 4º parágrafo do documento "Dissertacao_JoaoVitor.docx" o texto "A população do estudo será composta pelos pacientes que tiveram o procedimento cirúrgico suspenso na unidade no período de janeiro de 2023 a dezembro de 2023, aproximadamente 945 pacientes." foi alterado para "A população do estudo na fase quantitativa será composta pelos pacientes que tiveram o procedimento cirúrgico suspenso na unidade no período de janeiro de 2023 a dezembro de 2023, aproximadamente 985 pacientes. Já na fase qualitativa serão incluídos 15 pacientes hospitalizados após a coleta de dados quantitativos, de acordo com o contexto explanatório, totalizando 1.000 pacientes na amostra final."

ANÁLISE: O tamanho da amostra foi esclarecido no projeto detalhado, conforme documento "Dissertacao_JoaoVitor.docx", postado em 01/05/2024, e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Solicita-se esclarecer quais os critérios de seleção dos 15 participantes do estudo qualitativo. Tal informação deve ser incluída no projeto detalhado e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.

RESPOSTA: "Na página 18, 4º parágrafo do documento "Dissertacao_JoaoVitor.docx" o texto "Atualmente, o local do estudo possui 17 especialidades cirúrgicas, entretanto ao aplicar os critérios de exclusão, apenas 15 especialidades serão incluídas na fase qualitativa. A entrevista será realizada com 1 paciente de cada especialidade, totalizando 15 pacientes na etapa qualitativa. A amostra será por conveniência e deve ser determinada de acordo com a necessidade de informações, portanto cabe ao pesquisador observar a saturação dos dados investigados." foi alterado para "Atualmente, o local do estudo possui 17 especialidades cirúrgicas, entretanto ao aplicar os critérios de exclusão, apenas 15 especialidades serão incluídas na fase qualitativa. Para determinar a amostra, o pesquisador utilizará o mapa

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.805.011

cirúrgico e os formulários de suspensão. Os participantes serão selecionados com base no intervalo de tempo das suspensões de seus procedimentos cirúrgicos. Assim, serão incluídos nesta etapa os pacientes com histórico de suspensões cirúrgicas mais remotas. A entrevista será realizada com 1 paciente de cada especialidade, totalizando 15 pacientes na etapa qualitativa, cabendo ao pesquisador observar a saturação dos dados investigados."

ANÁLISE: Os critérios de seleção dos 15 participantes foram esclarecidos, conforme documento "Dissertacao_JoaoVitor.docx", postado em 01/05/2024, e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.
PENDÊNCIA ATENDIDA

5. Quanto ao anonimato dos participantes:

5.1 Solicita-se remover a coleta de informações pessoais dos participantes, como nome, por exemplo, nos Apêndices A e B, a fim de garantir o anonimato dos mesmos.

RESPOSTA: 'O campo para preenchimento dos nomes dos participantes nos documentos "APENDICE_B.docx" e "APENDICE_A.docx" foram excluídos para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa."

ANÁLISE: Os itens referentes a nomes dos participantes foram removidos dos instrumentos de coleta de dados, conforme documentos "APENDICE_B.docx" e "APENDICE_A.docx", postados em 01/05/2024.

PENDÊNCIA ATENDIDA

5.2 Solicita-se apresentar o protocolo de codificação que será realizado, a fim de preservar a identidade dos participantes, principalmente no que se refere a etapa do estudo quantitativo. Tal informação deve ser incluída no projeto detalhado e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.

RESPOSTA: 'Na página 17, 4º parágrafo, linha 5 do documento "Dissertacao_JoaoVitor.docx" foi incluído o texto "Cada participante será identificado de forma anônima por uma letra "N" seguida de um número cardinal, designado pela ordem de participação na pesquisa (por exemplo, participante N1, N2, N3 e assim por diante). Essa prática visa preservar o sigilo dos participantes, facilitando tanto a coleta quanto a análise dos dados."

ANÁLISE: O protocolo de codificação foi esclarecido no projeto detalhado, conforme documento "Dissertacao_JoaoVitor.docx", postado em 01/05/2024, e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as Pendências foram atendidas. Não foram observados óbices éticos.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.805.011

Protocolo de pesquisa em conformidade com as Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2240655.pdf	01/05/2024 16:19:49		Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS_APONTADAS_PELO_CEP.doc	01/05/2024 16:15:57	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma_UnB.docx	01/05/2024 16:15:06	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Dissertacao_JoaoVitor.docx	01/05/2024 16:14:38	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	APENDICE_B.docx	01/05/2024 16:05:53	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	APENDICE_A.docx	01/05/2024 16:05:30	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DE_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE.doc	02/04/2024 12:17:48	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	Termo_Coparticipacao.pdf	02/04/2024 12:16:58	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CESSAO_DE_USO_DE_IMAGEM_SOM_DE_VOZ_2023_1.docx	27/03/2024 19:30:11	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UnB.docx	27/03/2024 19:29:06	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_instituicao.pdf	27/03/2024 18:36:22	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	Lattes_Thatianny_.pdf	26/03/2024 16:15:40	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 6.805.011

Outros	Lattes_Joao.pdf	26/03/2024 16:10:54	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	Lattes_Danilo.pdf	26/03/2024 16:10:25	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_Coparticipacao_Institucional_135386820.pdf	26/03/2024 16:04:19	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_encaminh_projeto.pdf	26/03/2024 16:01:40	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Responsabilidade_assinado.pdf	26/03/2024 16:00:29	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_concord_assinado.pdf	26/03/2024 15:57:06	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE_Unb.pdf	26/03/2024 15:56:33	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE_assinado.pdf	26/03/2024 15:55:30	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UnB.docx	26/03/2024 15:54:39	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Orçamento	Planilha_de_orcamento_UnB.doc	26/03/2024 15:51:48	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	26/03/2024 15:36:23	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

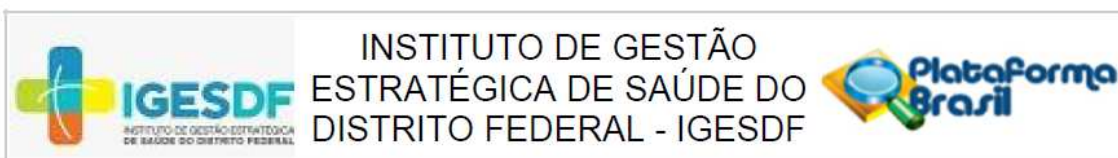
Não

BRASILIA, 06 de Maio de 2024

Assinado por:
Cristiane Tomaz Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA SUSPENSÃO CIRÚRGICA NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E SEGURANÇA DO CUIDADO DURANTE HOSPITALIZAÇÃO: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

Pesquisador: JOAO VITOR DA MOTA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78623924.7.3001.8153

Instituição Proponente: Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.821.711

Apresentação do Projeto:

A ocorrência de suspensão de cirurgias constitui um problema generalizado nos dias atuais.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o impacto da suspensão de cirurgias eletivas na segurança do cuidado e experiência do paciente durante hospitalização em uma instituição pública do Distrito Federal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já apresentados e analisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de avaliação de pendências: 1-adequar o cronograma; 2-correção de título de apêndice; 3-esclarecer o tamanho da amostra; 4-esclarecer os critérios de seleção dos 15 pacientes qualitativos; 5-remover nome dos pacientes nos apêndices por código alfa numérico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão devidamente apresentados, datados e assinados.

Recomendações:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (CEP/IGESDF) ressalta a necessidade do desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o protocolo avaliado e aprovado, bem como, atenção às diretrizes éticas nacionais quanto aos

Endereço: SMHS, Quadra 301, Edifício CPD, Térreo Sala CEP
Bairro: ASA SUL **CEP:** 70.335-902
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3550-8900 **E-mail:** cep@igesdf.org.br



Continuação do Parecer: 6.821.711

incisos XI.1 e XI.2 da Resolução nº 466/12 CNS/MS concernente às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto:

XI.1 ζ A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 ζ Cabe ao pesquisador:

[...]

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Observações:

- 1) O pesquisador deverá encaminhar uma cópia desse parecer à Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEP) do IGESDF e aos setores onde serão realizadas a pesquisa.
- 2) Qualquer alteração no projeto aprovado, como cronograma, alteração de título, inclusão de pesquisadores associados e etc, deverá ser solicitada ao CEP/IGESDF através de emenda, conforme modelo disposto na intranet e/ou site do IGESDF, via Plataforma Brasil;
- 3) Os relatórios parciais deverão ser encaminhados a cada seis meses, após a aprovação do protocolo.
- 4) Protocolos aprovados com cronograma menor que seis meses devem encaminhar somente relatório final;

O pesquisador responsável deverá encaminhar o relatório final por meio de notificação de evento, via Plataforma Brasil, em até 60 dias após o término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do

Endereço: SMHS, Quadra 301, Edifício CPD, Térreo Sala CEP	
Bairro: ASA SUL	CEP: 70.335-902
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3550-8900	E-mail: cep@igesdf.org.br

Continuação do Parecer: 6.821.711

Distrito Federal (CEP/IGESDF), de acordo com as atribuições definidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na resolução do 466/2012 e na norma operacional 001/2013, em reunião, realizada no dia 09/05/2024, deliberou pela liberação da *APROVAÇÃO* de protocolo de pesquisa, AD REFERENDUM, quando se tratar de cumprimento de pendências de readequação de cronograma, apresentação de relatório parcial, documentos complementares que serão sujeitos à simples conferência .

Fica APROVADO nesta data de 09/05/2024, *AD REFERENDUM* este relatório parcial do projeto aprovado pelo relator e vai assinado pelo Coordenador do CEP.

O pesquisador deve seguir o disposto no item recomendações e demais aspectos éticos vigentes, emitindo relatórios parciais semestrais e final sucinto quando da conclusão do projeto, por meio de notificação, via Plataforma Brasil. Além disso, deve seguir o protocolo como apresentado e aprovado.

Qualquer alteração que seja feita, inclusive se houver necessidade de interrupção da pesquisa, também deve ser imediatamente comunicada ao CEP/IGESDF, via Plataforma Brasil.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	CARTA_DE_RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS_APONTADAS_PELo_CEP.doc	01/05/2024 16:15:57	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Dissertacao_JoaoVitor.docx	01/05/2024 16:14:38	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	APENDICE_B.docx	01/05/2024 16:05:53	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	APENDICE_A.docx	01/05/2024 16:05:30	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DE_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE.doc	02/04/2024 12:17:48	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	Termo_Coparticipacao.pdf	02/04/2024 12:16:58	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CESSAO_DE_USO_DE_IMAGEM_SOM_DE_VOZ_2023_1.docx	27/03/2024 19:30:11	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_UnB.docx	27/03/2024 19:29:06	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito

Endereço: SMHS, Quadra 301, Edifício CPD, Térreo Sala CEP
Bairro: ASA SUL **CEP:** 70.335-902
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3550-8900 **E-mail:** cep@igesdf.org.br

Continuação do Parecer: 6.821.711

Ausência	TCLE_UnB.docx	27/03/2024 19:29:06	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_instituicao.pdf	27/03/2024 18:36:22	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	Lattes_Thatianny_.pdf	26/03/2024 16:15:40	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	Lattes_Joao.pdf	26/03/2024 16:10:54	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	Lattes_Danilo.pdf	26/03/2024 16:10:25	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_Coparticipacao_Institucional_135386820.pdf	26/03/2024 16:04:19	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_encaminh_projeto.pdf	26/03/2024 16:01:40	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE_Unb.pdf	26/03/2024 15:56:33	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE_assinado.pdf	26/03/2024 15:55:30	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UnB.docx	26/03/2024 15:54:39	JOAO VITOR DA MOTA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 13 de Maio de 2024

**Assinado por:
ANA CRISTINA DOS SANTOS
(Coordenador(a))**

Endereço: SMHS, Quadra 301, Edifício CPD, Térreo Sala CEP
Bairro: ASA SUL **CEP:** 70.335-902
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3550-8900 **E-mail:** cep@igesdf.org.br