

Cancelamento cirúrgico ambulatorial: uma revisão integrativa

Cancellation of outpatient surgery: an integrative review

Cancelación quirúrgica ambulatoria: una revisión integradora

Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro¹; Cintia Silva Fassarella¹; Flávia Giron Camerini¹;
Danielle de Mendonça Henrique¹; Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro¹; Lílian Burguez Romero¹

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil; ²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

RESUMO

Objetivo: discutir as evidências científicas sobre as causas de cancelamento em cirurgia ambulatorial. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa com busca nas bases de dados eletrônicas Medline, Embase, Lilacs, Cinahl, *Web of Science* e Scopus, a partir dos termos controlados *Ambulatory Surgical Procedures*, *Ambulatory Surgery*, *Suspension* e termos livres sinônimos. **Resultados:** selecionaram-se 13 estudos. O país com menor taxa de cancelamento cirúrgico ambulatorial foi os Estados Unidos com 0,5%, e o maior, a Nigéria com 25,40%. Foram encontradas 53 causas de cancelamento em cirurgia ambulatorial, das quais agrupou-se em três categorias: fatores do paciente, clínicos e institucionais. **Conclusão:** Evidencia-se que as causas de cancelamento cirúrgico ambulatorial foram diversas e comuns nas instituições, sendo o absenteísmo do paciente no dia do procedimento agendado a causa mais frequente, demonstrando que estratégias assistenciais e de gestão precisam ser realizadas.

Descritores: Enfermagem Perioperatória; Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios; Suspensão de Tratamento.

ABSTRACT

Objective: to discuss the scientific evidence on the causes of cancellation in outpatient surgery. **Method:** this integrative review involved searching the Medline, Embase, Lilacs, Cinahl, Web of Science and Scopus electronic databases using the controlled terms *Ambulatory Surgical Procedures*, *Ambulatory Surgery*, *Suspension* and free synonyms. **Results:** 13 studies were selected. By country, the United States, with 0.5%, had the lowest outpatient surgery cancellation rate, and Nigeria, with 25.40%, the highest. The fifty-three causes of outpatient surgery cancellation found were grouped into three categories: patient, clinical, and institutional factors. **Conclusion:** the causes of outpatient surgical cancellation were found to be diverse and common in institutions, the most frequent cause being patient absence on the day of the scheduled procedure, demonstrating that care and management strategies need to be developed and applied.

Descriptors: Perioperative Nursing; Ambulatory Surgical Procedures; Withholding Treatment.

RESUMEN

Objetivo: discutir la evidencia científica sobre las causas de cancelación en cirugía ambulatoria. **Método:** se trata de una revisión integradora con búsqueda en las bases electrónicas de datos Medline, Embase, Lilacs, Cinahl, Web of Science y Scopus, utilizando los términos controlados *Ambulatory Surgical Procedures*, *Ambulatory Surgery*, *Suspension* y términos sinónimos libres. **Resultados:** se seleccionaron 13 estudios. El país con la tasa de cancelación quirúrgica ambulatoria más baja fue Estados Unidos con un 0,5% y el de más alta Nigeria, con un 25,40%. Se encontraron 53 causas de cancelación en cirugía ambulatoria, las cuales se agruparon en tres categorías: factores del paciente, clínicos e institucionales. **Conclusión:** Se pone en evidencia que las causas de cancelación de cirugía ambulatoria fueron diversas y comunes en las instituciones, siendo la causa más frecuente el absentismo del paciente el día del procedimiento programado, demostrando que es necesario realizar estrategias de atención y de gestión.

Descritores: Enfermagem Perioperatória; Procedimientos Quirúrgicos Ambulatórios; Privación de Tratamiento.

INTRODUÇÃO

O cancelamento cirúrgico foi definido como qualquer operação programada que não foi realizada no dia previsto¹. Observa-se em diferentes países que é uma questão recorrente, trazendo prejuízos ao paciente e seus familiares, aos profissionais envolvidos, à instituição e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Embora não haja consenso na literatura quanto à taxa de cancelamento cirúrgico, baixas taxas podem refletir um serviço cirúrgico com mais qualidade e eficiência².

A sala de cirurgia apresenta uma das maiores fontes de receita da instituição de saúde, contudo pode ser considerada uma das partes mais onerosas no que tange aos cuidados cirúrgicos, desprendendo elevados custos com recursos humanos e materiais. Dessa forma, torna-se fundamental a adequada utilização das salas cirúrgicas, investigando as causas de cancelamento, evitando assim o impacto econômico e ônus financeiro para unidades de saúde que realizam cirurgias ambulatoriais^{3,4}.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) – processos E-26/010.100932/2018 e E-26/010.002691/2019.

Autora correspondente: Liliane Duarte Pereira Silva Pinheiro E-mail: lilidpsp@gmail.com

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Magda Guimarães de Araujo Faria

Consideram-se cirurgias ambulatoriais aquelas em que o procedimento anestésico-cirúrgico é realizado e os pacientes recebem alta da unidade no mesmo dia⁵. Nesse contexto e por sua natureza, especificidade e restrições logísticas, os cancelamentos limitam o recrutamento de um novo paciente no dia programado para a cirurgia⁶.

Diversas vantagens são apresentadas com a realização de cirurgias ambulatoriais. Elas requerem cuidados pós-operatórios de curta duração, gerando menores custos hospitalares com cuidados de saúde, e apresentam menores taxas de complicações e infecções pós-operatórias e menos alterações na rotina do paciente e de sua família. Devido à alta demanda de pacientes que necessitam de procedimentos cirúrgicos, a cirurgia ambulatorial tem representado uma solução rápida, adequada, econômica e altamente segura, contribuindo para a redução de cancelamentos cirúrgicos por falta de leito hospitalar para o pós-operatório⁷.

Em 2019, foram realizados, no Brasil, mais de 48 milhões de procedimentos cirúrgicos pelo SUS, sendo 89% de caráter ambulatorial. Nos anos de 2020 e 2021, períodos extremamente afetados pela pandemia da doença do coronavírus de 2019 (Covid-19), observou-se queda considerável no número de cirurgias realizadas, com impacto direto nas cirurgias ambulatoriais, caindo de mais de 40 milhões de procedimentos, em 2019, para pouco mais de 17 milhões, em 2021. No mesmo período, as cirurgias hospitalares mantiveram-se acima de 4 milhões, tendo queda de pouco mais de 800 mil procedimentos entre os anos de 2019 e 2021. Ainda assim, o número de cirurgias ambulatoriais realizadas superou o das cirurgias hospitalares, sendo a diferença quatro vezes maior de uma para a outra⁸.

Assim, justifica-se a realização deste estudo, que se faz relevante não apenas para gestores de instituições que prestam serviços de cirurgia em caráter ambulatorial, mas sobretudo à sociedade e ao SUS.

Devido a escassez de estudos que contemplem as causas do cancelamento ambulatorial, acredita-se que o levantamento dessas evidências deve permitir mais reflexões sobre o tema e o avanço no desenvolvimento de ações de melhoria nas unidades de atendimento cirúrgico ambulatorial. Este estudo objetivou discutir as evidências científicas sobre as causas do cancelamento em cirurgia ambulatorial.

MÉTODO

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, na qual se propõem identificar e discutir os estudos disponíveis sobre determinado objeto de estudo, embasando-se nas melhores evidências atuais, tendo o potencial de conduzir líderes na tomada de decisão. A elaboração da presente revisão integrativa ocorreu em seis etapas distintas⁹. Para orientar a organização das informações aplicou-se o *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Prisma)¹⁰.

A primeira etapa consistiu na formulação da questão norteadora fundamentada na variação PICO¹¹, sendo P correspondente à população (pacientes submetidos à cirurgia, maiores de 18 anos), I ao fenômeno de interesse (cancelamento) e Co ao contexto (cirurgia ambulatorial). Formulou-se, então, a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as evidências científicas de causas para cancelamentos cirúrgicos no contexto de cirurgia ambulatorial para pacientes maiores de 18 anos?

Na segunda etapa, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão dos estudos pesquisados. Foram incluídos no estudo: artigos disponíveis na íntegra, sem recorte temporal, de todos os idiomas e com variados desenhos. Como critério de exclusão, optou-se por não utilizar textos incompletos, relatórios, dissertações e teses, carta ao editor, estudos de revisão, protocolos institucionais e capítulos de livros.

As buscas foram realizadas em setembro de 2021, via Portal de Periódicos Capes, correlacionando os descritores “*ambulatory surgical procedures*”, “*ambulatory surgery*” e “*suspension*”, além de termos livres sinônimos, com o objetivo de encontrar evidências científicas para responder à pergunta de pesquisa. Para identificação dos termos de busca, foram consultados termos dos vocabulários controlados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH) e *Embase Subject Headings* (Emtree) de acordo com cada base de dados, combinados com os sinônimos por meio de operadores booleanos. Foram utilizados termos não controlados e sinônimos, pois não há descritor DeCS/MeSH/ Emtree para o termo “cancelamento de cirurgia”.

O levantamento das publicações foi realizado nas bases de dados eletrônicas *MEDical Literature Analysis and Retrieval System Online*® (Medline®) via Pubmed®, *Excerpta Medica DataBASE* (Embase), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (Lilacs), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (Cinahl), *Web of Science*, via EBSCOhost e Scopus. A amostra inicial foi composta de 805 publicações.

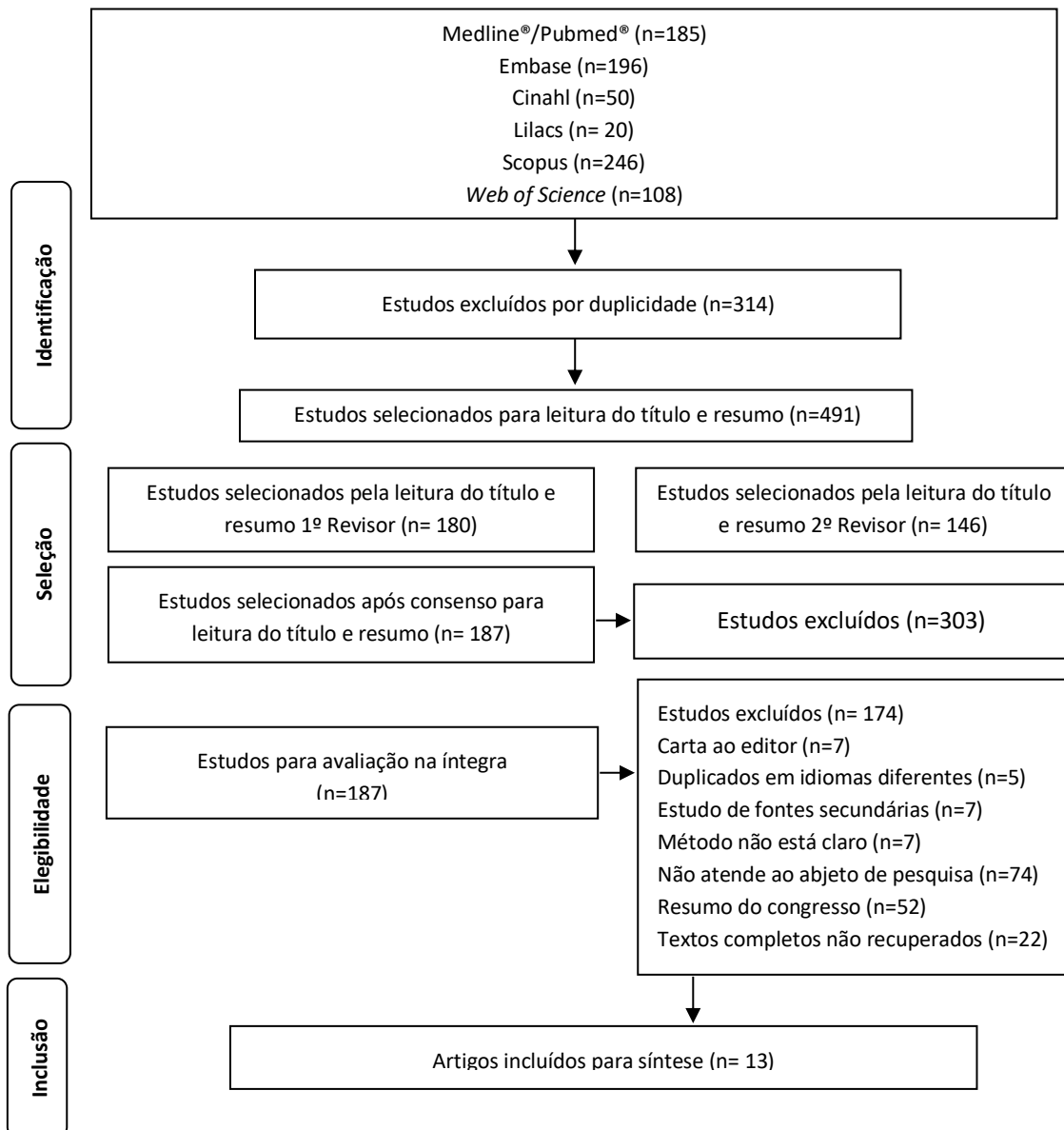
As combinações dos vocabulários controlados e não controlados da área da saúde aplicadas às bases de dados são apresentadas na Figura 1.

Medline® / PubMed®	((<i>Ambulatory Surgical Procedures</i> [mh] OR <i>Ambulatory Surgical Procedure</i> *[tiab] OR <i>Ambulatory Surger</i> *[tiab] OR <i>Ambulatory Operation</i> *[tiab] OR <i>Outpatient Surger</i> *[tiab] OR <i>Outpatient Operation</i> *[tiab] OR <i>Office Surger</i> *[tiab] OR <i>Office Operation</i> *[tiab] OR <i>Day Surger</i> *[tiab]) AND (<i>Cancellation</i> *[tiab] OR <i>Cancel</i> *[tiab] OR <i>Suspension</i> *[tiab])) NOT (<i>Child</i> *[ti] OR <i>Teen</i> *[ti] OR <i>Adolescent</i> *[ti] OR <i>Pediatric</i> *[ti] OR <i>Paediatric</i> *[ti])	185
Embase	('ambulatory surgery'/exp OR 'ambulant surgery':ti,ab OR 'ambulatory surgery':ti,ab OR 'ambulatory surgical procedures':ti,ab OR 'day surgery':ti,ab OR 'outpatient surgery':ti,ab OR 'surgery, ambulatory':ti,ab OR 'outpatient operation*':ti,ab OR 'ambulatory operation*':ti,ab OR 'office surger*':ti,ab OR 'office operation*':ti,ab) AND (cancellation* OR cancel* OR 'suspension'/exp OR 'suspension':ti,ab OR 'suspensions':ti,ab) NOT (child*:ti OR teen*:ti OR adolescent*:ti) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	196
BVS / Lilacs	("Ambulatory Surgical Procedure" OR "Ambulatory Surgical Procedures" OR "Ambulatory Surgery" OR "Ambulatory Surgeries" OR "Ambulatory Operation" OR "Ambulatory Operations" OR "Outpatient Surgery" OR "Outpatient Surgeries" OR "Outpatient Operation" OR "Outpatient Operations" OR "Office Surgery" OR "Office Surgeries" OR "Office Operation" OR "Office Operations" OR "Day Surgery" OR "Day Surgeries" OR "Cirurgia Ambulatorial" OR "Cirurgia de Dia" OR "Cirurgia do Paciente Externo" OR "Cirurgia no Consultório" OR "Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais" OR "Cirugía Ambulatoria" OR "Cirugía en el Consultorio" OR "Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios") AND (Cancellation* OR Cancel* OR Suspension* OR Suspensão OR Suspensões OR Suspension*) AND (db:("LILACS"))	20
Cinahl	("Ambulatory Surgical Procedure" OR "Ambulatory Surgical Procedures" OR "Ambulatory Surgery" OR "Ambulatory Surgeries" OR "Ambulatory Operation" OR "Ambulatory Operations" OR "Outpatient Surgery" OR "Outpatient Surgeries" OR "Outpatient Operation" OR "Outpatient Operations" OR "Office Surgery" OR "Office Surgeries" OR "Office Operation" OR "Office Operations" OR "Day Surgery" OR "Day Surgeries") AND (Cancellation* OR Cancel* OR Suspension*)	50
Web of Science	TS=("Ambulatory Surgical Procedure" OR "Ambulatory Surgical Procedures" OR "Ambulatory Surgery" OR "Ambulatory Surgeries" OR "Ambulatory Operation" OR "Ambulatory Operations" OR "Outpatient Surgery" OR "Outpatient Surgeries" OR "Outpatient Operation" OR "Outpatient Operations" OR "Office Surgery" OR "Office Surgeries" OR "Office Operation" OR "Office Operations" OR "Day Surgery" OR "Day Surgeries") AND TS=(Cancellation* OR Cancel* OR Suspension*) NOT TI=(Child* OR Teen* OR Adolescent* OR Pediatric* OR Paediatric*)	108
Scopus	TITLE-ABS-KEY("Ambulatory Surgical Procedure" OR "Ambulatory Surgical Procedures" OR "Ambulatory Surgery" OR "Ambulatory Surgeries" OR "Ambulatory Operation" OR "Ambulatory Operations" OR "Outpatient Surgery" OR "Outpatient Surgeries" OR "Outpatient Operation" OR "Outpatient Operations" OR "Office Surgery" OR "Office Surgeries" OR "Office Operation" OR "Office Operations" OR "Day Surgery" OR "Day Surgeries") AND TITLE-ABS-KEY(Cancellation* OR Cancel* OR Suspension*) AND NOT TITLE(Child* OR Teen* OR Adolescent* OR Pediatric* OR Paediatric*)	246

Cinahl: *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*; BVS: Biblioteca Virtual em Saúde; Lilacs: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde; Embase: Excerpta Medica DataBASE; Medline®: *MEDical Literature Analysis and Retrieval System Online*®.

FIGURA 1: Vocabulários controlados e não controlados da área da saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

Na terceira etapa, utilizou-se o *software* Rayyan, desenvolvido pelo *Qatar Computing Research Institute* (QCRI) para auxiliar na organização e na seleção dos artigos¹². Aplicados os critérios de elegibilidade, realizou-se a leitura de título e resumo, às cegas e sem interferências, a fim de evitar viés, por dois revisores. Em reunião de consenso, os dois revisores analisaram os conflitos, sendo selecionados 187 estudos para leitura na íntegra. Ao final, 13 estudos foram incluídos nesta revisão. O fluxograma de seleção é apresentado na Figura 2.



Fonte: adaptada de Page et al.¹⁰.

Medline®: *MEDical Literature Analysis and Retrieval System Online*®; Embase: *Excerpta Medica DataBASE*; Cinahl: *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*; Lilacs: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde*.

FIGURA 2: Fluxograma do processo de seleção dos estudos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

Na quarta etapa, realizou-se a avaliação crítica e minuciosa dos estudos selecionados. A partir dessa primeira avaliação, construiu-se, na quinta etapa, uma matriz em planilha Excel, na qual foram incluídos os principais dados dos artigos utilizados no estudo, como autores, ano, país, base de dados, fonte da busca, método, objetivo, causas de cancelamento cirúrgico ambulatorial, cenário do estudo, especialidades canceladas, taxa de cancelamento apresentada e Níveis de Evidência definidos em consonância com o sugerido em estudo¹³.

De acordo com o delineamento da pesquisa, os Níveis de Evidência podem ser classificados de I a VI. Encontram-se no nível I os estudos de metanálise clínicos controlados e randomizados; no Nível II, os estudos individuais com delineamento experimental; no Nível III, as evidências advindas de estudos quase-experimentais; já estudos descritivos (não experimentais) ou de natureza qualitativa são classificados como Nível IV; os estudos de relatos de caso ou de experiência são Nível V; e as evidências baseadas na opinião de especialistas são Nível VI¹³.

Na sexta etapa, procedeu-se à análise dos resultados da revisão, destacando as principais informações dos estudos que apontaram de forma clara as causas de cancelamentos em cirurgia ambulatorial.

RESULTADOS

Selecionaram-se 13 (100%) produções científicas, apresentadas no fluxograma Prisma¹⁰ adaptado na Figura 2. As publicações foram identificadas nas bases da Embase (5; 38,46%)¹⁴⁻¹⁸, Scopus (4; 30,76%)¹⁹⁻²², Medline®/Pubmed® (2; 15,38%)^{23,24}, Cinahl (1; 7,69%)²⁵ e *Web of Science* (1; 7,69%)⁵. Referente à origem das publicações, observou-se o maior número de publicações da Espanha (6; 46,15%)^{17,19-23}, seguida pela Nigéria (2; 15,38%)^{15,18} e pelos Estados Unidos (2; 15,38%)^{16,24}. Brasil¹⁴, Reino Unido²⁵ e Argentina⁵ tiveram uma publicação cada (7,69%).

Organizaram-se as produções selecionadas na Figura 3.

Autores e país	Taxa de cancelamento (%)	Causas de cancelamento	Nível de Evidência
Brahin et al. ⁵ , Argentina	9,21-3,31	Não comparecimento e problemas administrativos/organizacionais	IV
Lira et al. ¹⁴ , Brasil	7,20	Hipertensão arterial, bronquite aguda e complicações hemorrágicas com anestesia	IV
Dakum et al. ¹⁵ , Nigéria	15,6	Ausência do paciente, material inadequado, falha de energia, greve, problemas financeiros e gravidez	IV
Lee et al. ¹⁶ , Estados Unidos	3,0-3,9	Doença autorrelatada, não comparecimento, não cumprimento do jejum, entre outras	IV
Gallego-Delgado et al. ¹⁷ , Espanha	4	Admissão hospitalar por outra causa e não comparecimento	IV
Malizu et al. ¹⁸ , Nigéria	25,4	Falta de espaço de sala, falha de energia, máquina de anestesia defeituosa, entre outras	IV
Cortiñas et al. ¹⁹ , Espanha	6,39	Mudança do local, erro de programação, falta de instrumentos, preparação incorreta, entre outras	IV
Cortinas-Saenz et al. ²⁰ , Espanha	1,92	Bloqueio na parte superior do trato respiratório e não comparecimento do paciente	IV
Herce et al. ²¹ , Espanha	7,84	Os pacientes rejeitaram a operação e não compareceram para a cirurgia	IV
Cortiñas Saenz et al. ²² , Espanha	6,74	Mudanças nos encaminhamentos, erros de agendamento, falta de equipamento, preparação inadequada, entre outras	IV
Córdoba et al. ²³ , Espanha	4	Erro de programação, falta de instrumentos, falta de tempo, não comparecimento, entre outras	IV
Smith et al. ²⁴ , Estados Unidos	0,50	Internação hospitalar antes da cirurgia agendada, febre, infecção pré-operatória, distúrbios sanguíneos, entre outras	IV
Singh et al. ²⁵ , Reino Unido	19,90	Paciente falhou em chegar, paciente inapto, cirurgia não necessária e tempo insuficiente de sala	IV

FIGURA 3: Síntese das principais informações dos estudos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

Os anos de publicação compreenderam de 2002 a 2021, sendo um (7,69%) estudo publicado em 2002¹⁴, um (7,69%) em 2005²⁵, dois (15,38%) em 2006^{15,19}, um (7,69%) em 2008¹⁶, um (7,69%) em 2009²⁰, um (7,69%) em 2011²¹, um (7,69%) em 2012²², um (7,69%) em 2013²³, um (7,69%) em 2018²³, um (7,69%) em 2019¹⁷, um (7,69%) em 2020⁵ e um (7,69%) em 2021¹⁸.

Os objetivos dos estudos variavam entre abordar os motivos do cancelamento em cirurgias ambulatoriais eletivas (n=2)^{15,25} e avaliar os resultados de um programa ambulatorial (n=2)^{19,22}, seguindo-se por verificar possíveis associações entre o cancelamento da cirurgia, exames pré-operatórios e doenças sistêmicas (n=1)²⁴; avaliar diferenças nos cancelamentos cirúrgicos nos intervalos de reavaliação de 30 dias, 7 dias e 24 horas (n=1)¹⁶; conhecer características da população, resultados e as incidências anestésicas e cirúrgicas de um protocolo em cirurgia ambulatorial (n=1)²⁰; descrever os resultados preliminares de um sistema de telemedicina voltado para o manejo pré-cirúrgico da patologia odontológica (n=1)²¹; apresentar os resultados obtidos a partir da análise dos dados de pacientes submetidos a cirurgias (n=1)²³; quantificar a frequência e razões de cancelamento no mesmo dia de cirurgias ambulatoriais (n=1)²⁴; realizar uma análise descritiva da atividade realizada, avaliar a qualidade da assistência e determinar o custo-efetividade de um hospital-dia de cardiologia (n=1)¹⁷; analisar a experiência da unidade de cirurgia ambulatorial (n=1)⁵ e determinar o escopo, a segurança e o resultado da cirurgia ortopédica e identificar áreas potenciais de intervenção (n=1)¹⁸.

No que tange ao método de pesquisa adotado, verificou-se que 100% dos estudos (n=13) eram observacionais^{5,14-25}. Na análise do Nível de Evidência, os estudos foram classificados em Nível IV em sua totalidade, de acordo com o sugerido em estudo que classifica estudos descritivos (não experimentais) ou de natureza qualitativa como Nível IV¹³.

Dentre os estudos selecionados, as especialidades de oftalmologia^{14,24,25} e dermatologia²²⁻²⁴ foram as mais citadas, seguidas da cirurgia geral^{5,24}, otorrinolaringologia^{16,25}, ortopedia^{18,24}, urologia^{15,24}, cardiologia¹⁷, proctologia²⁴, plástica²⁴, ginecologia²⁴, bucomaxilofacial²¹ e odontologia²⁰.

Observaram-se seis (46,15%) estudos realizados em hospitais universitários^{14,18,19,21,23,24}, com variação da taxa de cancelamento entre os países, sendo as maiores taxas de cancelamento na Nigéria, com 25,40%¹⁸, e Reino Unido, com 19,90%²⁵. Os Estados Unidos apresentaram a menor taxa de cancelamento (0,5%)²⁴, seguidos da Espanha (1,92%)²⁰.

De acordo com a análise temática, os estudos incluídos nesta revisão foram agrupados em três categorias de motivos para cancelamentos cirúrgicos de ambulatório: fatores do paciente, clínicos e institucionais²⁴.

Dentre os motivos de cancelamento decorrentes dos fatores dos pacientes destacaram-se falta do paciente^{5,15-21,23,25}, recusa ou desistência da intervenção^{19,21-24}, violações de instruções pré-operatórias^{16,24}, anestesia alternativa desejada pelo paciente²⁴, movimento excessivo do paciente²⁴, paciente desacompanhado²⁴, paciente não desejava sedação²⁴, problemas financeiros¹⁵ e falta de consentimento por escrito¹⁶.

Dentre os motivos de cancelamento classificados como fatores clínicos, destacaram-se cirurgia não necessária^{16,19,22-25}; via aérea difícil^{19,25}; infecção^{16,24}; febre^{16,24}; gravidez^{15,16}; distúrbios metabólicos^{15,16}; hipertensão arterial^{14,24}; doença respiratória, como bronquite aguda¹⁴, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)^{16,24}; recusa do serviço de anestesia^{19,23}; teste positivo para cocaína¹⁶; admissão hospitalar por outra causa¹⁷; doença cardíaca²⁴; complicações hemorrágicas com anestesia¹⁴; debilidade significativa²⁴; *delirium tremens*¹⁶; distúrbio subjacente²²; doença autorrelatada¹⁶; doença intercorrente¹⁹; episódio vasovagal²⁴; exame pré-operatório adicional necessário²⁴; hipotensão e hipossaturação na indução anestésica²⁴; internação hospitalar antes da cirurgia agendada²⁴; falha anatômica²⁴; ausência de acesso intravenoso²⁴; hematoma retrobulbar¹⁹; distúrbios hematológicos²⁴; paciente inapto²⁵ e agendamento cirúrgico em unidade não ambulatorial¹⁶.

Dentre os motivos de cancelamento classificados como fatores institucionais, destacaram-se falta ou falha de equipamento^{14,17,21-23}, falta de tempo de sala^{17,18,21,25}, erro de programação ou agendamento^{16,19,22,23}, falha de energia^{15,18}, preparação incorreta^{19,22}, falta de instrumentos^{14,18}, greve¹⁵, ausência de profissional médico¹⁹, falta de tempo do cirurgião¹⁸, indisponibilidade de resultado de laboratório¹⁸, intercorrências²³, material inadequado¹⁵, mudança do local¹⁹, mudanças nos encaminhamentos²² e falta de autorização médica¹⁶.

Diante das inúmeras causas que incorrem em cancelamento cirúrgico, foi tomada a decisão de discutir, neste estudo, as principais causas inerentes às três categorias de fatores: do paciente, clínicos e institucionais.

DISCUSSÃO

O cancelamento cirúrgico é um indicador de qualidade que pode estar relacionado à ineficiência nos processos, um fenômeno frequentemente observado nas instituições de saúde, que pode ser fonte de insatisfação, sofrimento emocional e prejuízos²⁶.

Em função disso, identificar a taxa de cancelamento é fundamental e ela tem sido avaliada por diversos pesquisadores da área da saúde, por se revelar um indicador de qualidade e propor melhorias. É, assim, uma ferramenta imperiosa no cuidado qualificado para a gestão, com implementação de iniciativas voltadas à qualidade da assistência, ainda que a literatura não aponte valor aceitável dessas taxas¹.

Dessa forma, o registro adequado das causas de cancelamento apresenta importante papel no que tange à organização e à administração de recursos, como também para avaliação de indicadores de qualidade^{22,23}. Contudo, observou-se que alguns estudos não apresentaram as causas de cancelamento, com perda de informações de até 20% dos registros^{16,24,25}.

Com isso, faz-se importante o esforço multiprofissional para garantir que os registros sejam mantidos atualizados, e a causa para o cancelamento cirúrgico seja claramente mencionada²⁵.

Ressalta-se, contudo, que as taxas de cancelamento identificadas foram diversas e multifatoriais, sendo influenciadas por diferentes variáveis, como características da unidade, especialidades cirúrgicas e dados sociodemográficos da população atendida, a exemplo de estudos de um centro de cirurgia ambulatorial de um grande centro de referência terciário acadêmico nos Estados Unidos, com 0,5%²³, e em um hospital ortopédico na Nigéria, com 25,40%¹⁸.

Evidenciaram-se a oftalmologia e a dermatologia como as especialidades mais frequentes nos estudos, provavelmente devido à predominância de cirurgias de caráter ambulatorial realizadas dentro dessas especialidades^{19,22,23}, contudo, por condições como idade avançada e comorbidades, os pacientes da oftalmologia são cancelados com mais frequência²⁷.

Em relação aos fatores relacionados ao paciente, o absenteísmo no dia do procedimento agendado^{5,16-18,21,23,25} foi a causa mais apontada nos estudos. Foram identificados vários motivos que levaram os pacientes a não comparecerem à cirurgia, como insatisfação do paciente e preferência por realizar procedimentos cirúrgicos em um hospital terciário²⁸; preparação inadequada do paciente no pré-operatório⁷; data inconveniente para a cirurgia ou compromissos²⁹; melhora nas condições de saúde; agendamento incorreto; falta de comunicação; doenças; motivos sociais; incapacidade de afastamento do trabalho e desistência do paciente²⁵.

Na Nigéria, o absenteísmo representou 57,1% dos cancelamentos de cirurgias urológicas ambulatoriais, sendo que dificuldades financeiras^{15,18} foram apontadas como fatores causais importantes.

Estudo desenvolvido em 2020, que atribuiu a falta do paciente às falhas de informação, reduziu de 8,13% para 3,6% a taxa de cancelamento com o comparecimento do paciente com 3 dias de antecedência ao hospital para verificar seu estado de saúde, refinando a seleção dos pacientes elegíveis⁵. Outro estudo realizado em 2005 recomenda a realização de um lembrete por telefone 3 dias antes da operação para confirmar a intenção do paciente de comparecer à cirurgia²⁵.

As visitas domiciliares de enfermeiros podem ajudar a determinar as razões para a falta do paciente, embora seja uma estratégia difícil de se implementar em países em desenvolvimento, sendo a telemonitorização uma forma eficaz de garantir uma comunicação adequada e aconselhar os pacientes¹⁵. O envolvimento da família foi apontado como responsável para apenas um paciente não ter comparecido à cirurgia em um programa de cirurgia oral ambulatorial de um hospital público espanhol que apresentou taxa de cancelamento de 1,92%²⁰.

Dentre os fatores clínicos, cirurgia não necessária^{16,19,22-25}, via aérea difícil^{19,24}, infecção^{16,24}, febre^{16,24}, gravidez^{15,16}, distúrbios metabólicos^{16,24}, hipertensão arterial^{14,24}, recusa do serviço de anestesia^{19,23}, doenças respiratórias, como a asma¹⁶, a bronquite aguda¹⁴ e a DPOC¹⁵, foram as condições mais relatadas que culminaram em cancelamentos cirúrgicos.

Nessa perspectiva, uma comunicação adequada com o paciente para esclarecimento de suas dúvidas é imprescindível, pois o desconhecimento do processo cirúrgico pode exacerbar o estado de estresse e ansiedade, refletindo em manifestações orgânicas de enfermidades que já possuem³⁰.

Normalmente, a cirurgia ambulatorial é realizada em pacientes saudáveis, sem patologia significativa²². Contudo, é importante avaliar o estado geral do paciente e sua história pregressa, pois a principal preocupação é a saúde dele. Assim, a avaliação pré-operatória permite melhorar a capacidade de adequação da condição do paciente a partir da investigação de seus problemas de saúde e substituir os doentes ou impossibilitados de serem operados por outros da lista de espera antes do agendamento^{3,31}.

A segurança do paciente não depende de a intervenção ocorrer em ambiente hospitalar ou ambulatorial, mas da adesão a princípios rigorosos de seleção de pacientes²². Algumas instituições permitem que um paciente não tenha avaliação prévia se o procedimento for de baixo risco e se ele não tiver histórico de doenças crônicas ou apresentar doenças crônicas estáveis²⁴.

A facilitação da comunicação do paciente com a unidade e o esclarecimento sobre quais as ações devem ser tomadas caso haja suspeita de infecções ou outras intercorrências pós-cirúrgicas, fornecido por meio de folhetos informativos por escrito, são estratégias que podem ser utilizadas³².

O desenvolvimento de protocolos institucionais para criteriosa avaliação pré-operatória dos pacientes é a base para o sucesso das cirurgias ambulatoriais^{22,31,33}.

Quanto aos fatores institucionais listados, observa-se a predominância da falta ou falha de equipamento^{16,19,22-25}, seguida de erros de programação ou agendamento^{16,19,22,23} e restrição ou falta de tempo de sala^{18,22,23,25}. A falta de equipamentos e materiais pode ser evitada por um planejamento adequado, com confirmação prévia dos itens necessários para a cirurgia antes de agendar o procedimento²⁰. A realização diária de reunião, denominada “bate-mapá”, evidenciou melhor interação entre os vários setores, solucionando diversos problemas que favoreciam o cancelamento cirúrgico, a exemplo da falta de materiais³⁴. O envolvimento da equipe da central de material e esterilização torna-se importante nesse contexto³⁵.

O agendamento das cirurgias interfere na programação das equipes, sendo um desafio tanto para o trabalho administrativo como assistencial. Erros de agendamento cirúrgico são relatados em diversas publicações^{14,19,22,23}, evidenciando falhas organizacionais e demonstrando que estratégias devem ser tomadas de forma coerente e realista para proporcionar uma melhor distribuição de salas cirúrgicas, por meio do controle do tempo despendido para cirurgias,

sobretudo em instituições de ensino^{1,18,36}. É também importante considerar a disponibilidade da equipe de profissionais, dos equipamentos e dos materiais, para garantir a realização do ato anestésico-cirúrgico com segurança³⁶.

No tocante ao tempo de sala, este tem sido causa comum de cancelamento e deve ser calculado com base na complexidade do procedimento, nas características do paciente e na habilidade do cirurgião²⁷. Contudo, em hospitais universitários, onde a atividade docente e a participação dos residentes influenciam na duração das intervenções, deve-se calcular um tempo maior para a realização do procedimento²³.

Considerando o papel gerencial do enfermeiro perioperatório, no planejamento e na organização do cuidado cirúrgico, a visita periódica às salas são estratégias utilizadas para monitorar o progresso do procedimento, dada a imprecisão de sua duração. Dessa forma, obtêm-se informações mais atualizadas sobre o andamento das cirurgias, proporcionando tempo hábil para traçar novas estratégias gerenciais^{37,38}.

Por fim, dá-se destaque ao enfermeiro, que, historicamente, é reconhecido como o profissional de saúde que melhor adere aos princípios da gestão pela qualidade, com habilidade de liderança e comunicação, especialmente com a equipe de cirurgiões e anestesistas, tendo papel primordial nas estratégias para minimizar os cancelamentos cirúrgicos¹.

Limitações do estudo

Como limitação desta pesquisa, destaca-se a possibilidade de algum estudo relevante não ter sido contemplado na busca, apesar da avaliação feita por um bibliotecário, devido à falta – até o momento – de termo controlado específico para o cancelamento cirúrgico.

CONCLUSÃO

O presente estudo atingiu o objetivo proposto ao discutir as principais causas de cancelamentos cirúrgicos ambulatoriais. Embora as causas sejam múltiplas e influenciadas por diversos fatores, evidenciou-se que o absenteísmo do paciente no dia do procedimento agendado é a causa mais predominante. Nas publicações aqui encontradas, não foi investigado o motivo da ocorrência tão frequente desse fato. Estratégias assistenciais e de gestão precisam ser discutidas e aplicadas, com intuito de promover mudanças nas unidades cirúrgicas.

Espera-se que este estudo contribua para uma discussão mais ampla dentro do cenário de cirurgia ambulatorial, além de fomentar a produção de mais publicações em diferentes contextos organizacionais, para o aprimoramento de estratégias de melhoria de qualidade que possam ser adaptadas e implementadas, favorecendo a gestão de qualidade com otimização de recursos humanos e materiais, e, assim, reduzindo transtornos e custos desnecessários gerados pelos cancelamentos cirúrgicos ambulatoriais.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro SL, Vasconcelos RO, Oliveira JL, Matos FG, Tonini NS, Alves DC. Surgical cancellation rate: quality indicator at a public university hospital. *REME Rev Min Enferm.* 2017 [cited 2022 Sep 16]; 21:e-1014. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170024>.
2. Díaz-Pérez A, Vega-Ochoa A, Dominguez-Lozano B, Carrillo-González S, González-Puertas J. Factores atribuibles a la cancelación de cirugías programadas. *Cir Cir.* 2020 [cited 2022 Sep 16]; 88(4):489-99. DOI: <https://doi.org/10.24875/ciru.20001008>.
3. Yu K, Xie X, Luo L, Gong R. Contributing factors of elective surgical case cancellation: a retrospective cross-sectional study at a single-site hospital. *BMC Surg.* 2017 [cited 2022 Sep 16]; 17(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12893-017-0296-9>.
4. Kubala M, Gardner JR, Criddle J, Nolder AR, Richter GT. Improving Operating Room Efficiency. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2021 [cited 2022 Sep 16]; 144(6):110650. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2021.110650>.
5. Brahin FA, Toll E, Zain el Din P, Resina JE. Five-year experience with major ambulatory surgery in a department of general surgery. *Rev Argent Cir.* 2020 [cited 2022 Sep 16]; 112(4):469-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.25132/raac.v112.n4.1474.ei>.
6. Tan AL, Chiew CJ, Wang S, Abdullah HR, Lam SS, Ong ME, et al. Risk factors and reasons for cancellation within 24 h of scheduled elective surgery in an academic medical centre: A cohort study. *Int J Surg.* 2019 [cited 2022 Sep 16]; 66:72-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2019.04.009>.
7. Herrera-Usagre M, Santana V, Burgos-Pol R, Oliva JP, Sabater E, Rita-Acosta M, et al. Effect of a mobile app on preoperative patient preparation for major ambulatory surgery: protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc.* 2019 [cited 2022 Sep 16]; 8(1):e10938. DOI: <https://doi.org/10.2196/10938>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS-DATASUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br>.
9. Sousa LM, Marques-Vieira CM, Severino SS, Antunes AV. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *RIE.* 2017 [cited 2022 Sep 16]; 21(2):17-26. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1311>.
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021 [cited 2022 Sep 16]; 372(71):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
11. Sousa LM, Marques JM, Firmino CF, Frade F, Valentim OS, Antunes AV. Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *RIE.* 2018 [cited 2022 Sep 16]; S2(23):31-9. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1287>.

12. Johnson N, Phillips M. Rayyan for systematic reviews. *J Electron Resour Librariansh*. 2018 [cited 2022 Sep 16]; 30(1):46-8. DOI: <https://doi.org/10.1080/1941126X.2018.1444339>.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein (São Paulo)*. 2010 [cited 2022 Sep 16]; 8(1):102-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.
14. Cortiñas M, Martínez L, Granados JM, Puerto N, Méndez M, Lizán-García M, et al. Resultados de un programa de cirugía mayor ambulatoria en oftalmología. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2006 [cited 2022 Sep 16]; 81(12):701-8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912006001200006&lng=es.
15. Cortiñas-Saenz M, Martínez-Gomez L, Roncero-Goig M, Saez-Cuesta U, Ibarra-Martin M. Results of a major ambulatory oral surgery program using general inhalational anesthesia on disabled patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 [cited 2022 Sep 16]; 14(11):e605-11. DOI: <https://doi.org/10.4317/medoral.14.e605>.
16. Herce J, Lozano R, Salazar CI, Rollon A, Mayorga F, Gallana S. Management of impacted third molars based on telemedicine: a pilot study. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011 [cited 2022 Sep 16]; 69(2):471-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2010.09.004>.
17. Cortiñas Saenz M, Sáenz Guirado S, Gamez Moreno J, Iglesias Cerrillo JA, Pardo Martinez A, Martínez Gomez L. Análisis de resultados, índices de calidad y complicaciones extrahospitalarias de un programa de cirugía ambulatoria en Dermatología. *Actas Dermo-Sifiliogr*. 2012 [cited 2022 Sep 16]; 103(1):36-43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2011.04.008>.
18. Córdoba S, Caballero I, Navalón R, Martínez-Sánchez D, Martínez-Morán C, Borbujo J. Análisis de la actividad quirúrgica realizada en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Fuenlabrada (2005-2010): establecimiento de los tiempos quirúrgicos estándar. *Actas dermo-sifiliogr*. 2013 [cited 2022 Sep 16]; 104(2):38-43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2012.05.005>.
19. Gallego-Delgado M, Villacorta E, Valenzuela-Vicente MC, Walias-Sánchez Á, Ávila C, Velasco-Cañedo MJ, et al. Start-up of a Cardiology Day Hospital: Activity, Quality care and cost-effectiveness analysis of the first year of operation. *Rev Esp Cardiol*. 2019 [cited 2022 Sep 16]; 72(2):130-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2018.04.005>.
20. Dakum N, Ramyil V, Misauno M, Ojo E, Ogwuche E, Sani A. Reasons for cancellations of urologic day care surgery. *Níger J Surg Res*. 2006 [cited 2022 Sep 16]; 8(1):30-3. DOI: <https://doi.org/10.4314/njsr.v8i1.54812>.
21. Malizu EV, Lasebikan OA, Omoke NI. Orthopedic day-case surgery in nigeria: A single-center experience. *Ann Afr Surg*. 2021 [cited 2022 Sep 16]; 18(1):52-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.4314/aas.v18i1.10>.
22. Lee SL, Taliercio S, Ata A, Clayton J, Parnes SM. Utility of history and physical updates for ambulatory otolaryngic surgery. *Laryngoscope*. 2008 [cited 2022 Sep 16]; 118(1):165-8. DOI: <http://doi.wiley.com/10.1097/MLG.0b013e3181565989>.
23. Smith BB, Smith MM, Hyder JA, Mauermann WJ, Warner ME, Licatino LK, et al. Same-day cancellation in ambulatory surgery a retrospective review at a large academic tertiary referral center. *J Ambul Care Manage*. 2018 [cited 2022 Sep 16]; 41(2):118-27. DOI: <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000226>.
24. Lira RP, Covolo GA, Monsanto AR, José NK, Arieta CE. Influence of preoperative testing on cancellation of ambulatory cataract surgery in adults. *Am J Ophthalmol*. 2002 [cited 2022 Sep 16]; 34(3):203-5. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12009-002-0024-6>.
25. Singh G, Agha R, Roberts D. Cancellations in day-case ENT surgery. *Ambul Surg*. 2005 [cited 2022 Sep 16]; 12(2):57-60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ambur.2005.05.002>.
26. Muñoz-Caicedo A, Perlaza-Cuero LA, Burbano-Álvarez VA. Causas de cancelación de cirugía programada en una clínica de alta complejidad de Popayán, Colombia. *Rev Fac Med*. 2019 [cited 2022 Sep 16]; 67(1):17-21. DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.66648>.
27. Da'Ar OB, Al-Mutairi T. How do patient demographics, time-related variables, reasons for cancellation, and clinical procedures affect frequency of same-day operating room surgery cancellation? A maximum likelihood method. *BMC Health Serv Res*. 2018 [cited 2022 Sep 16]; 18(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3247-y>.
28. Appavu ST, Al-Shekaili SM, Al-Sharif AM, Elawdy MM. The burden of surgical cancellations and no-shows: quality management study from a large regional hospital in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2016 [cited 2022 Sep 16]; 16(3):e298-302. DOI: <https://doi.org/10.18295/squmj.2016.16.03.006>.
29. Dobarro BA, Aviñón RC, Leal Ruiloba MS, Vázquez Lima A, Ojea Cendón M, Fernández García N, et al. Retrospective analysis of suspended surgeries and influencing factors during an 8-year period. *Cirugía Española (English Edition)*. 2019 [cited 2022 Sep 16]; 97:213-21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cireng.2019.03.019>.
30. Costa ED, Jacob KC, Silva LB, Gomes IV, Serrano SQ. Suspensão de cirurgias eletivas: visão crítica do paciente. *Rev Enferm UFPE on line*. 2021 [cited 2022 Sep 16]; 15(2):e247344. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247344>.
31. Lee JH. Anesthesia for ambulatory surgery. *Korean J Anesthesiol*. 2017 [cited 2022 Sep 16]; 70(4):398-406. DOI: <https://doi.org/10.4097/kjae.2017.70.4.398>.
32. Hänninen-Khoda L, Koljonen V, Ylä-Kotola T. Patient-related reasons for late surgery cancellations in a plastic and reconstructive surgery department. *JPRAS Open*. 2018 [cited 2022 Sep 16]; 18:38-48. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jprra.2018.08.002>.
33. Lee DJ, Ding J, Guzzo TJ. Improving operating room efficiency. *Curr Urol Rep*. 2019 [cited 2022 Sep 16]; 20(60):28. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11934-019-0895-3>.
34. Tamiasso RS, Santos DC, Fernandes VD, Ioshida CA, Poveda VB, Turrini RN. Quality management tools as strategies for reducing surgery cancellations and delays. *Rev SOBECC*. 2018 [cited 2022 Sep 16]; 23(2):96-102. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800020007>.
35. Huynh E, Klouche S, Martinet C, Le Mercier F, Bauer T, Lecoœur A. Can the number of surgery delays and postponements due to unavailable instrumentation be reduced? Evaluating the benefits of enhanced collaboration between the sterilization and orthopedic surgery units. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2019 [cited 2022 Sep 16]; 105(3):563-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.01.012>.



36. Gonçalves RC, Sé AC, Tonini T, Figueiredo NM, Hernández PE, Fernandez BM. Surgical suspension rate: assistance quality indicator. *Rev SOBECC*. 2020 [cited 2022 Sep 16]; 25(2):67-74. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/548>.
37. Wiyartanti L, Lim CH, Park MW, Kim JK, Kwon GH, Kim L. Resilience in the surgical scheduling to support adaptive scheduling system. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 [cited 2022 Sep 16]; 17(10):2–19. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17103511>.
38. Silva BR, Leal LA, Soares MI, Resck ZM, Silva AT, Henriques SH. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.61461>. *Rev Enferm UERJ*. 2021 [cited 2022 Sep 16]; 29:e61461. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.61461>.

