

ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

Análise da suspensão de cirurgias em um hospital de ensino

Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente

*Barbosa, MH., **Miranda Goulart, DM., ** Vieira de Andrade, E., ***De Mattia, AL.

*Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Email: mhelen3331@hotmail.com **Enfermeira. ***Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).Brasil.

Palavras-chave: centros de cirurgia; enfermagem perioperatória; gerência.

Palabras clave: centros quirúrgicos; enfermería preoperatoria; gerencia.

Keywords: surgicenters; perioperative nursing; management.

RESUMO

Em busca de melhores índices de qualidade, as suspensões de cirurgias têm sido analisadas pelos serviços e recebido atenção por parte de pesquisadores da área de saúde. Altas taxas de cancelamento revelam uma inadequação de gerenciamento que repercutem negativamente na própria equipe de saúde e na vida do paciente e sua família.

O presente estudo, retrospectivo e descritivo, teve como objetivo identificar a taxa de suspensão cirúrgica e as justificativas para este procedimento em um hospital público de ensino.

Os dados foram coletados junto ao Arquivo do Centro Cirúrgico e Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do referido hospital. Verificou-se uma taxa de suspensão cirúrgica de 14,14% e 1402 (63,78%) cirurgias suspensas não houve registro da justificativa da suspensão. Das suspensões justificadas, 194 (8,82%) foram por não internação do paciente; 182 (8,30%) por condições clínicas do paciente inadequadas; 179 (8,14%) por problemas administrativos; 94 (4,27%) por questões assistenciais; 61 (2,77%) por questões estruturais; 40 (1,82%) por ausência do paciente e 46 (2,10%) por outros motivos.

Estes achados apontam para a necessidade da adoção de medidas que garantam segurança ao paciente e qualidade do serviço oferecido

RESUMEN

En busca de índices de mejor calidad, la suspensión de las cirugías ha sido examinada por los servicios y recibió la atención de los investigadores en el campo de la salud. Las altas tasas de cancelación revelan un manejo inadecuado que tienen efectos negativos en el equipo de salud y la vida del paciente y su familia.

Este estudio retrospectivo y descriptivo tuvo como objetivo identificar el tipo de suspensión quirúrgica y las razones de este procedimiento en un hospital público de enseñanza.

Los datos fueron recolectados de los archivos de la Unidad Quirúrgica y Servicio Médico Estadístico del hospital. Hubo una tasa de anulación quirúrgica de 14.14% y para 1402 (63,78%) cirugías canceladas no había constancia de la justificación de la suspensión. Las razones para la suspensión de las cirugías fueron: 194 (8,82%) por la no hospitalización de los pacientes, 182 (8,30%) por las condiciones clínicas inadecuadas, 179 (8,14%) debido a problemas administrativos, 94 (4,27%) por asuntos de asistencia para el cuidado de la salud, 61 (2,77%) por problemas estructurales, 40 (1,82%) por ausencia del paciente y 46 (2,10%) por otras razones.

Estos resultados señalan a la necesidad de adoptar medidas para garantizar la seguridad del paciente y la calidad del servicio ofrecido.

ABSTRACT

In the search for better quality indices, the suspensions of surgeries have been examined by and received attention from researchers in the field of health. High cancellation rates reveal an inadequate management that impacts negatively on the health team itself and the patient's life and that of his or her family.

This retrospective descriptive study aims to identify the rate of surgical suspension and the reasons for this procedure in a public teaching hospital.

Data were collected from the Surgical Center Archive and Medical Archive Service Statistics. There was a rate of 14.14% surgical cancellations and in 1,402 (63.78%) occasions no records were found that justify the suspension of the surgeries. The results showed the following justifications for the suspensions of the surgery: 194 (8.82%) were non-hospitalized patients; 182 (8.30%) for inadequate clinical conditions; 179 (8.14%) due to administrative problems; 94 (4.27%) for welfare issues; 61 (2.77%) for structural issues; 40 (1.82%) for lack of patients and 46 (2.10%) for other reasons.

These findings point to the need to adopt measures that will ensure patient safety and quality of service offered.

INTRODUÇÃO

A melhoria contínua da qualidade do atendimento aos clientes tem permeado os processos de trabalho nos serviços de saúde. A mensuração do desempenho assistencial é feita por indicadores que servem como medida quantitativa para reavaliação, replanejamento e reorganização das atividades de um serviço, através da oferta de subsídios para tomada de decisão na gestão da assistência em busca de resultados com qualidade⁽¹⁾.

No momento em que se discute a reorganização dos serviços de saúde; o Ministério da Saúde define qualidade dos serviços de saúde como sendo o alto nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, mínimo risco para o cliente, alto grau de satisfação do cliente e impacto final na saúde⁽²⁾.

O movimento cirúrgico é considerado uma variável que interfere nos indicadores de qualidade e produtividade das instituições hospitalares. Constitui-se em parâmetros de avaliação de produtividade na sala de operação; isto é, taxa de ocupação, tempo de permanência, recuperação anestésica, intervalo de tempo entre cirurgias, taxa de atraso e de suspensão de cirurgia⁽³⁾.

O tratamento cirúrgico tem sido indicado em muitas especialidades, acarretando aumento no número de procedimentos realizados dentro das instituições hospitalares. O Ministério da Saúde aponta para um aumento de 3,9% de cirurgias eletivas nos últimos anos⁽⁴⁾. Nesta perspectiva, a taxa de cancelamento de cirurgias tem sido alvo de estudos e adotada como um indicador de qualidade da assistência^(5-6,3).

A suspensão de procedimentos anestésico-cirúrgicos eletivos tem sido objeto de investigação não apenas no Brasil como também em outros países como Austrália, Irlanda, México, Estados Unidos e Reino Unido. Semelhantes aos nacionais, esses estudos têm apontado alta frequência de cancelamentos originados por questões organizacionais das instituições de saúde com conseqüente aumento dos custos operacionais e financeiros da Unidade de Centro Cirúrgico, e redução da eficiência e qualidade do serviço oferecido⁽⁷⁾. Estima-se que cerca de 60% dos cancelamentos cirúrgicos eletivos sejam potencialmente evitáveis, usando-se técnicas de melhoria da qualidade⁽⁷⁾.

A utilização de avaliação pré-operatória, bem como a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) são instrumentos que contribuem para esta melhoria⁽⁸⁾. Estudos nacionais e internacionais (9,7) tem mostrado a frequência e os motivos das suspensões cirúrgicas a fim de reduzir o índice de cancelamentos e assegurar a qualidade da assistência para a recuperação da saúde dos pacientes e seus familiares, bem como permitir uma melhor utilização dos recursos da instituição e sua assistência.

A suspensão de procedimentos anestésico-cirúrgicos é um dos quatro componentes do custo da qualidade, classificados em custos das falhas internas e externas, custos da prevenção e análise. Para obter excelência, a instituição hospitalar deve estar continuamente comprometida com a resolutividade, qualidade e custos baixos dos procedimentos médicos através da eliminação de desperdícios bem como habilidade para melhorar o processo hospitalar (diagnóstico, tratamento, internação, apoio gerencial), com aumento da informação e diminuição da permanência do paciente no hospital^(7,10).

Deste modo, o planejamento torna-se etapa obrigatória para o funcionamento operacional dentro das instituições de saúde para que consigam alcançar seus objetivos e manter sua responsabilidade para com os pacientes, família e comunidade, uma vez que o cancelamento de cirurgias implica tanto na perda e no mau aproveitamento de recursos financeiros e de recursos humanos quanto na falta de atendimento das necessidades de saúde dos clientes assistidos pela instituição⁽⁵⁾.

Outro aspecto refere-se às questões diretamente relacionadas às alterações psico-emocionais do paciente. Ao se preparar para o procedimento anestésico-cirúrgico, o paciente tem seu foco de atenção em todas as suas preocupações e expectativas voltadas para a realização do procedimento e não para a sua suspensão, esperando solução para os seus problemas tanto por parte da equipe profissional quanto da instituição que o atende⁽⁶⁾.

A ansiedade é um estado transitório, caracterizado por sensações desagradáveis de tensão e apreensão e revela diferenças individuais de reagir a situações percebidas como ameaçadoras, com elevação da intensidade no estado de ansiedade⁽¹¹⁾. Nesse contexto, a realização de uma cirurgia depende do trabalho de toda a equipe cirúrgica, sendo o enfermeiro o elemento que pode pressupor a emoção que o paciente deve sentir, apresentando um temor real, o qual se estende até os membros da família. Como elemento chave dentro da estrutura hospitalar, o enfermeiro tem condições de contribuir para que as cirurgias programadas sejam realizadas na data marcada e dentro de todas as condições de segurança requeridas⁽¹²⁾.

Entre as causas mais citadas de suspensões cirúrgicas, estão as questões administrativas e estruturais⁽¹⁰⁾ e condições clínicas inadequadas^(7,12).

Uma avaliação constante da qualidade, da produtividade e do impacto dos programas e serviços na saúde da população, é essencial para alertar quando ocorre desvio de uma situação considerada normal ou esperada sinalizando que o processo em questão precisa ser revisado, a fim de impedir a instalação de problemas. Dessa forma, o número cirúrgico é um indicador da qualidade da assistência e da produtividade da instituição⁽³⁾.

Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo identificar a taxa de suspensão cirúrgica e suas justificativas em um hospital público de ensino.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Centro Cirúrgico de um hospital público, de ensino, de grande porte, terciário do município de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Nesta unidade, as especialidades cirúrgicas atendidas incluem: cabeça e pescoço (CCP), cardíaca, digestiva (CAD), geral, ortopedia, plástica, proctologia, torácica, urologia, vascular, ginecologia e obstetrícia (GO), neurologia, otorrinolaringologia, oftalmologia e pediátrica.

Foram analisados todos os registros de cirurgias canceladas no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007. A relação das cirurgias programadas e suspensas com as suas respectivas justificativas foi obtida junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico e ao Arquivo do Centro Cirúrgico do referido hospital, campo de estudo.

Os dados foram coletados após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM (Parecer nº 1014). Utilizou-se um instrumento específico para este fim, constituído de duas partes. A primeira parte referia-se à identificação do procedimento proposto, justificativa do cancelamento cirúrgico, período (mês e ano) e especialidade cirúrgica e a segunda parte, referia-se aos dados sócio-demográficos (gênero e idade).

As justificativas de suspensão do procedimento anestésico cirúrgico foram agrupadas utilizando-se a classificação proposta por⁽⁷⁾, adaptada, sendo identificados oito grupos neste estudo, sendo:

- **Grupo 1** - Motivos Assistenciais: inadequação do preparo pré-operatório (ausência de jejum, administração de medicações contra-indicadas no pré-operatório, ausência de reserva de sangue e hemoderivados, não realização de avaliação pré-anestésica e exames complementares incompletos).
- **Grupo 2** - Motivos Administrativos: falta de prontuários, ausência de funcionários e médicos, superposição de horários, procedimento de urgência em outro paciente no mesmo horário, deficiência de materiais ou equipamentos, cirurgias realizadas anteriormente e pacientes sem indicação cirúrgica.
- **Grupo 3** - Motivos Estruturais: falta de leito, falta de sala operatória, serviços de manutenção no Centro Cirúrgico.
- **Grupo 4** - Ausência do paciente
- **Grupo 5** - Condições clínicas insatisfatórias no pré-operatório e/ou alteração de conduta médica.
- **Grupo 6** - Injustificadas: sem descrição dos motivos.

- **Grupo 7** - Não internação do paciente devido não autorização da guia ou do laudo de internação, falta da guia ou do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) ou por cota do SUS ultrapassada.
- **Grupo 8** - Outros: incluíram-se neste grupo, atraso do início da cirurgia e/ou da internação, erro no agendamento, desistência do paciente.

Para o cálculo da taxa de suspensão do procedimento anestésico cirúrgico foi usada a recomendação preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil (5), a qual define a taxa de suspensão cirúrgica como o número de cirurgias suspensas, dividido pelo total de cirurgias programadas, em determinado período e multiplicado por 100.

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica – Programa EXCEL® for Windows XP® e analisados segundo estatística descritiva, em frequências absoluta, relativa, média. Os resultados são apresentados sob a forma de gráficos.

RESULTADOS

No período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007 foram programados 15547 procedimentos anestésico-cirúrgicos e suspensos 2198, evidenciando uma taxa de suspensão cirúrgica de 14,14%. No ano de 2006 foram 6935 cirurgias programadas e 804 (11,60%) suspensas e em 2007, foram 8612 cirurgias programadas e 1394 (16,19%) suspensas (Gráfico 1).

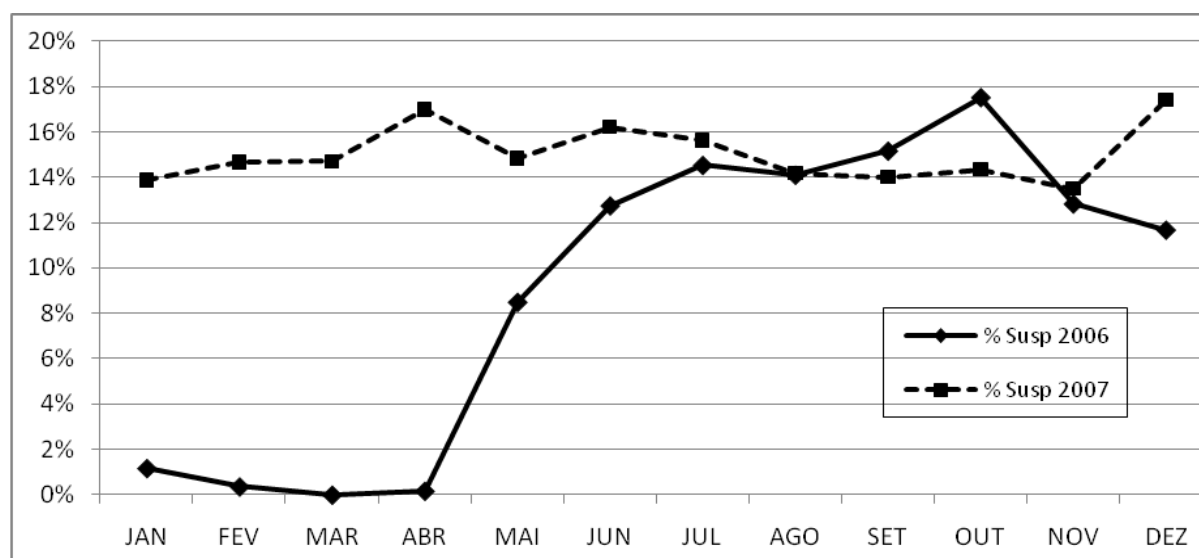


Gráfico 1 – Distribuição das suspensões cirúrgicas segundo os meses do ano. Uberaba (2006/2007).

Quanto às características dos pacientes que tiveram cirurgias canceladas no período estudado, a maioria 1290 (58,70%) era do gênero masculino e a média de idade foi de 46,12 anos com variação de 2 meses a 97 anos.

Entre as especialidades cirúrgicas, verificou-se que a urologia, a ortopedia, a CCP e a CAD apresentaram maiores números de cancelamento dos seus procedimentos (Gráfico 2).

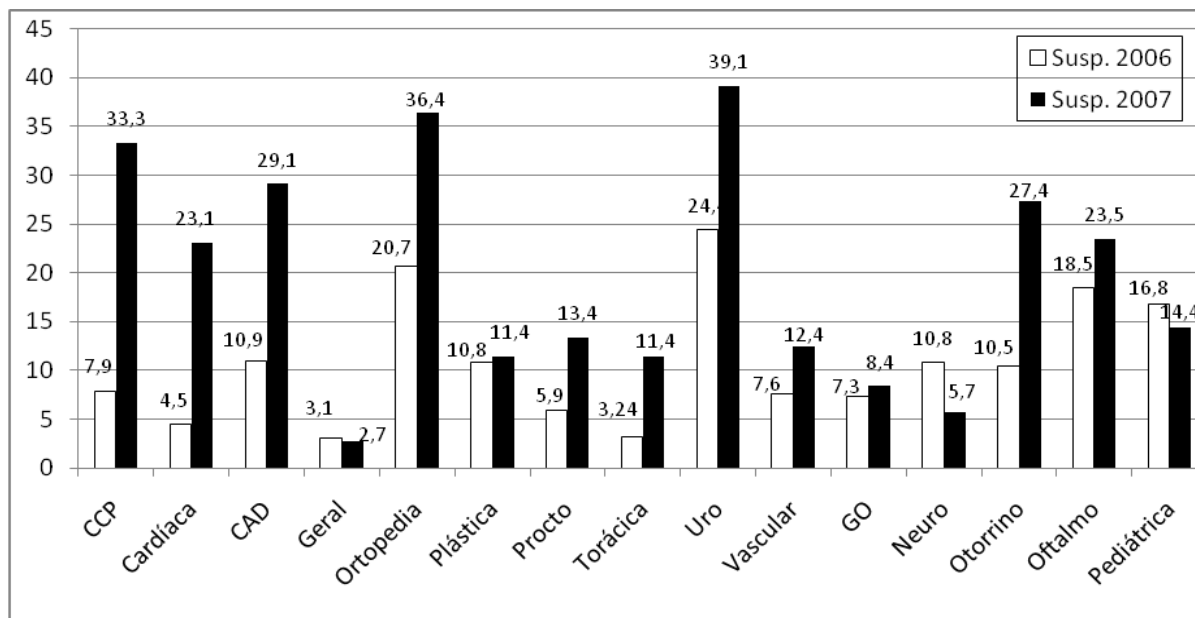


Gráfico 2 - Distribuição de suspensão cirúrgica segundo as especialidades cirúrgicas. Uberaba (2006/2007).

Com relação às justificativas identificadas para o cancelamento dos procedimentos anestésico-cirúrgicos, observou-se que na maioria 1402 (63,78%) das cirurgias suspensas não foi registrada a justificativa para a suspensão. A não internação do paciente, as condições clínicas inadequadas e/ou alteração de conduta médica e os problemas administrativos foram as justificativas mais freqüentes (Gráfico 3).

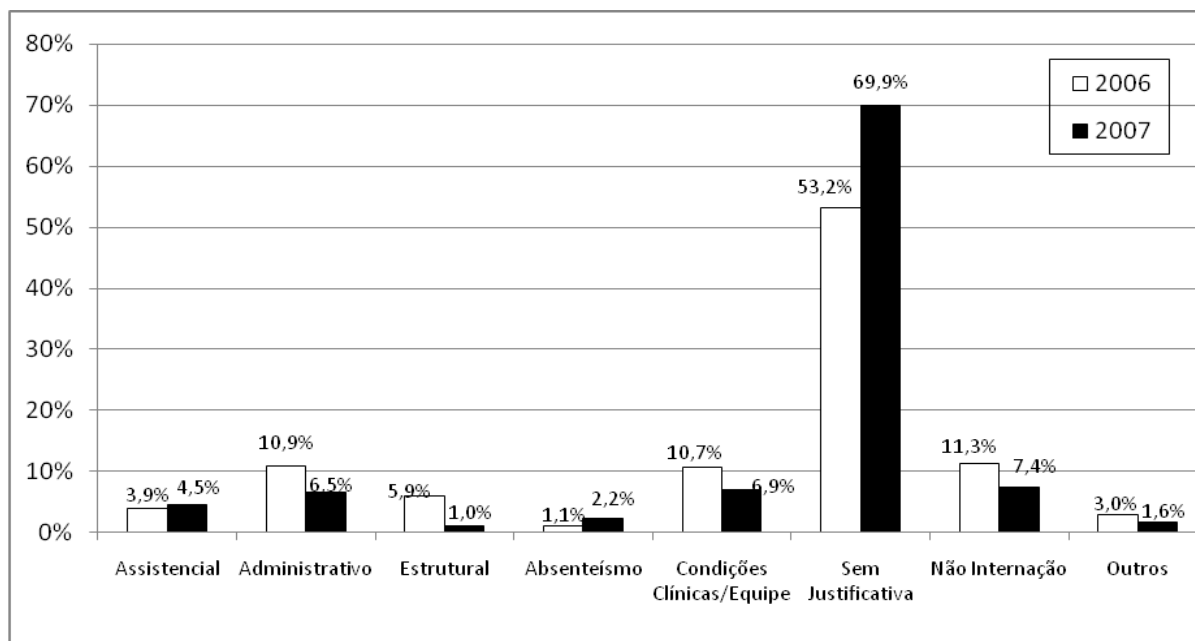


Gráfico 3 – Distribuição da taxa de suspensão cirúrgica segundo as justificativas (motivos) identificadas. Uberaba, (2006/2007).

Quanto ao cancelamento dos procedimentos cirúrgicos por motivos assistenciais, foram observados 32 (34,04%) por ausência de avaliação pré-anestésica, 31 (32,98%) por falta de jejum, 19 (20,21%) por exames complementares incompletos e 12 (12,77%) por administração de medicações contra-indicadas no pré-operatório.

Identificaram-se 179 (8,14%) suspensões cirúrgicas por motivos administrativos, sendo a deficiência de recursos materiais (93/52,00%) e de recursos humanos (25/14,00%) os motivos mais frequentes.

Dos 61 (2,77%) motivos relacionados à estrutura, a falta de leitos foi a principal justificativa para os cancelamentos cirúrgicos (49/80,30%).

Quanto à ausência do paciente, observou-se que 40 (1,82%) pacientes não compareceram para o procedimento cirúrgico agendado, enquanto 194 (8,82%) cirurgias foram suspensas por não internação dos pacientes devido à guia e laudos de internação do SUS (falta da guia ou do cartão do SUS ou por cota do SUS ultrapassada).

Quanto aos motivos relacionados à condição clínica do paciente e/ou alteração da conduta médica, das 182 (8,30%) justificativas, a condição clínica inadequada foi registrada em 158 (86,80%) suspensões, por alteração cardiovascular, respiratória, metabólica ou presença de quadro infeccioso.

Verificou-se que entre as 46 (2,10%) suspensões cirúrgicas por outros motivos, o atraso cirúrgico foi a principal 28(60,90%) justificativa identificada.

DISCUSSÃO

Nos últimos tempos, a suspensão de cirurgias tem sido considerada um dos indicadores de qualidade da assistência e tem sido alvo de estudos por alguns pesquisadores da área. Alguns estudos sugerem investigações sobre a ocorrência de cancelamento de cirurgias realizadas por instituições públicas e de ensino e questionam se este evento é mais comum neste tipo de instituição devido às suas características específicas⁽³⁾.

Neste estudo verificou-se que a taxa de suspensão cirúrgica foi de 14,14%. A literatura revela taxas maiores variando entre 19,50% e 27,33% (5). Esta taxa poderia ser reduzida, a exemplo de outros países. Uma experiência no Reino Unido que utilizou a auditoria como processo de intervenção revelou uma redução de 42,90% dos cancelamentos cirúrgicos através da implantação de medidas assistenciais, administrativas e estruturais, como melhor distribuição dos leitos, avaliação clínica prévia ao agendamento e melhor comunicação com o paciente, discutindo-se data da cirurgia e sua conveniência além de orientação pré-operatória⁽⁷⁾.

Certamente, a implantação da SAEP poderia também ser adotada, pois possibilita além da avaliação pré-operatória do paciente, a comunicação intra-setorial e profissional para garantir a continuidade do cuidado durante a internação, o que vem sendo implementada por muitas instituições brasileiras⁽⁸⁾. Cada instituição deve estabelecer medidas específicas para reduzir, cada vez mais, a taxa de suspensão de cirurgia no seu serviço⁽⁵⁾.

Os principais motivos identificados neste estudo para o cancelamento dos procedimentos cirúrgicos foram administrativos, não internação do paciente, condições clínicas inadequadas e/ou alteração de conduta médica. Contudo, também é importante ressaltar que em muitos casos não havia o registro destes motivos. Este achado aponta para a necessidade de conscientização dos profissionais, pois somente a partir do conhecimento da causa é que se consegue propor soluções.

Alguns autores^(9,7) destacam em seus estudos a ampliação das discussões sobre este aspecto por considerarem que os cancelamentos dos procedimentos eletivos são evitáveis e

minimizados quando estratégias para melhoria da qualidade são adotadas pelas instituições. Entre essas, citam a necessidade do planejamento e do controle da rotina cirúrgica a partir dos resultados relacionados à motivos estruturais como a falta de leitos, além das condições clínicas inadequadas dos pacientes e o absenteísmo, como as principais justificativas para o cancelamento dos procedimentos cirúrgicos, o que também foi evidenciado nesta pesquisa.

Outros estudos⁽¹²⁻¹³⁾ realizados tanto no Brasil quanto em outros países apontam para taxas elevadas de suspensões cirúrgicas por condições clínicas inadequadas dos pacientes e enfatizam a implementação de programas de orientação pré-operatória para obter redução das taxas de suspensão de cirurgias eletivas. A carência socioeconômica dos pacientes é apontada como um dos fatores para a sua internação embora não esteja em condições clínicas ideais para cirurgia⁽⁵⁾.

A não internação do paciente após chegar à instituição hospitalar também foi outro motivo identificado para os cancelamentos cirúrgicos nesta pesquisa. Nestes casos, os problemas descritos foram a falta do cartão do SUS, a falta da guia de internação, a guia não autorizada, a guia incompleta, o laudo não aceito e a cota do SUS ultrapassada.

Para que os indicadores possam ser utilizados como apoio no processo de tomada de decisão eles precisam ser construídos de forma consistente. Isto demanda infraestrutura de apoio por meio de processos sistematizados para obtenção de dados confiáveis e geração de informações⁽³⁾.

Uma das exigências para uma assistência de qualidade e segura é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta. Há, porém, falta de habilidades e conhecimentos por parte de número expressivo de profissionais no que se refere à interação com o paciente⁽¹⁴⁾.

Comunicação eficiente, avaliação e orientação ao paciente eletivo reduziriam o desgaste para o paciente e para a própria instituição⁽³⁾. O não comparecimento do paciente à cirurgia programada apresentou taxa inferior aos identificados em outros estudos^(7,12).

Quanto às questões administrativas, a falta de recursos materiais e humano foi o principal motivo identificado, o que diverge dos achados de outros estudos⁽⁷⁾. Isto talvez esteja relacionado ao modelo gerencial de recursos humanos e materiais adotados pela instituição. Alguns estudos^(5, 10) apontam para falhas no planejamento de recursos tanto materiais quanto de pessoal.

Embora aspectos estruturais não tenham sido evidenciados como um dos principais motivos para a suspensão das cirurgias, a falta de leito foi a justificativa mais identificada neste grupo. Em outros estudos com metodologia similar⁽³⁾ este motivo foi raramente citado para justificar os cancelamentos de cirurgias eletivas. Isto também pode estar relacionado a falhas no planejamento.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu evidenciar que a taxa de suspensão cirúrgica identificada foi 14,14%. No que se refere às justificativas para as suspensões das cirurgias, as mais frequentes foram relacionadas a não internação do paciente, condições clínicas insatisfatórias no pré-operatório e/ou alteração da conduta médica e problemas administrativos da instituição hospitalar.

Os achados desta pesquisa apontam para a necessidade de implementação de programas de conscientização dos profissionais para que medidas possam ser adotadas para garantir a segurança ao paciente e a melhoria da qualidade do serviço.

Ressaltamos que a incompletude das informações nos prontuários (não registro do motivo do cancelamento da cirurgia) em alguns casos foi a limitação deste estudo. Isto sugere a necessidade de implantação de programas específicos para os registros destes dados, assim como o de treinamento e conscientização para o preenchimento completo dos prontuários. Sugerimos que estudos prospectivos que abordem esta temática sejam realizados, bem como pesquisas de intervenções que avaliem medidas adotadas para que estes déficits sejam suprimidos nestes serviços.

REFERÊNCIAS

1. Cuocolo DF, Perroca MG. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2010 mar/abr [acesso em 2011 Aug 25]; 18(2):31-39. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_06.pdf.
2. SiqueiraVT. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2010.
3. Perroca MG, Jericó MC, Facudin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007a mar; 41(1):113-19.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Painel de Indicadores do Ministério da Saúde. Brasília: MS, 2006.
5. Landim FM, Paiva, FDS, Fiuza, MLT, Oliveira, EP, Pereira, JG, Siqueira et al. Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade. Rev. Col. Bras. Cir. [Internet]. 2009 jul/ago [acesso em 2011 Set 07]; 36(4):283-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/rcbc>.
6. Bisinotto FMB, Pedrini Júnior M, Alves AAR, Andrade, MAPR Implantação do serviço de avaliação pré-anestésica em hospital universitário dificuldades e resultados. Rev. bras anesthesiol. 2007 mar/abr; 57(2):167-76.
7. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2007b set/out [acesso em 2011 Set 11]; 15(5):1018-24. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a20.pdf
8. Almeida RSS, Barros MM, Souza SEM. Implantação de um instrumento de coleta de dados perioperatórios. Rev. SOBECC. 2009 abr/jun; 14(2):41-46.
9. Zafar A, Mufti TS, Griffin S, Ahmed S, Ansari JA. Cancelled elective general surgical operations in Ayub teaching hospital. J Ayub Med Coll Abbottabad. [Internet] 2007 jul/sep [acesso em 2011 Set 07]; 19(3):64-7. Disponível em: [www.http://nlm.nih.gov/pubmed/18444594](http://www.nlm.nih.gov/pubmed/18444594).
10. Garg R. Reasons for cancellation of cases on the day of surgery-a prospective study. Indian J Anaesth. [Internet] 2009 feb [acesso em 2011 Set 08]; 53(1): 35-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2900031/>
11. Salles LF, Silva MJP. Correlação entre ansiedade e anéis de tensão. Rev Enf Referência. [Internet] 2011 mar [acesso em 2011 Set 20]; 3(3):7-13. Disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2210&id_rev=9&id_edicao=35

12. Pitelkow E, Carvalho R. Cancelamento de cirurgias em um hospital da rede pública. Einstein. [Internet] 2008 [acesso em 2011 Set.06]; 6(4): 416-21. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/988-Einsteinv6n4port416-421.pdf>
13. Ahmed T, Khan M, Khan FA. Cancellation of surgery in patients attending the preoperative anaesthesia assessment clinic: a prospective study. J Pak Med Assoc. [Internet] 2009 Aug [acesso em 2011 Sep 06]; 59(8):547-50. Disponível em: http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=1776
14. Mourão CML, Albuquerque, MAS, Silva APS, Oliveira MS, Fernandes, AFC. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. Revista RENE. 2009 jul/set; 10(3):139-45

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia