

Percepções dos pacientes de um hospital público quanto ao cancelamento de cirurgias

Perceptions of patients in a public hospital regarding the cancellation of surgeries

Percepciones de los pacientes de un hospital público sobre la cancelación de cirugías

Recebido: 24/05/2021 | Revisado: 01/06/2021 | Aceito: 04/06/2021 | Publicado: 19/06/2021

Eder Luiz Nogueira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2017-701X>

Hospital Metropolitano Odilon Behrens, Brasil

E-mail: ederlnogueira@gmail.com

Cátia Faria dos Santos Roberto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8044-9478>

Hospital Metropolitano Odilon Behrens, Brasil

E-mail: catita.roberto@gmail.com

Maria Marta Amancio Amorim

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8268-2508>

Universidade Aberta de Lisboa, Portugal

E-mail: martamorim@hotmail.com

Resumo

O artigo tem por objetivo investigar as percepções dos pacientes pré-operatórios após o cancelamento da cirurgia em uma unidade de clínica cirúrgica de um hospital público, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de estudo qualitativo realizado com cinco pacientes da clínica cirúrgica, idade igual ou superior a 18 anos, após 12 horas do cancelamento da cirurgia. O conteúdo das entrevistas dos pacientes de 41 anos a 68 anos, dois solteiros e três casados, quatro do sexo masculino e um do feminino foi transcrito e submetido à análise de conteúdo de Bardin. Os diagnósticos de internação foram: necrose da perna, trombose arterial, amputação do pé, acidente vascular cerebral hemorrágico, hérnia de disco da região lombar. As categorias analisadas foram: chegada do paciente ao hospital, comunicação do cancelamento da cirurgia e sentimentos em relação ao cancelamento da cirurgia. Os pacientes procuraram primeiramente a unidade de pronto atendimento quando não suportavam mais a dor, sendo encaminhados ao hospital para realizarem o procedimento cirúrgico. O cancelamento da cirurgia foi avisado pelo médico, enfermeiro ou fisioterapeuta e o paciente pensou que o seu caso não fosse grave, sentiu-se conformado, outras situações geraram raiva, revolta, ansiedade, expectativa, tristeza, rejeição, saudades, alegria, tranquilidade. Este estudo possibilitou conhecer alguns aspectos psicológicos associados ao paciente pré-operatório, mostrando que existe a necessidade de se melhorar estratégias de gestão para delineamento de uma linha de cuidado efetiva, capaz de proporcionar aos usuários dos serviços de saúde segurança quanto ao atendimento que lhe foi ofertado.

Palavras-chave: Cirurgia geral; Percepção; Sistema único de saúde; Pacientes.

Abstract

The article aims to investigate the perceptions of preoperative patients after surgery cancellation in a surgical clinic unit of a public hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais. This is a qualitative study carried out with five patients from the surgical clinic, aged 18 years or over, 12 hours after the cancellation of the surgery. The content of the interviews with patients aged 41 to 68 years, two single and three married, four male and one female were transcribed and submitted to Bardin's content analysis. The hospitalization diagnoses were: leg necrosis, arterial thrombosis, foot amputation, hemorrhagic stroke, herniated disc in the lumbar region. The categories analyzed were: patient arrival at the hospital, communication of surgery cancellation and feelings regarding surgery cancellation. Patients first sought the emergency care unit when they could no longer bear the pain, being referred to the hospital to undergo the surgical procedure. The cancellation of the surgery was notified by the doctor, nurse or physiotherapist and the patient thought that his case was not serious, he felt resigned, other situations generated anger, revolt, anxiety, expectation, sadness, rejection, longing, joy, tranquility. This study made it possible to know some psychological aspects associated with the preoperative patient, showing that there is a need to improve management strategies to design an effective line of care, capable of providing users of health services with security regarding the care they received offered.

Keywords: General surgery; Perception; Health Unic System; Patients.

Resumen

El artículo tiene como objetivo investigar las percepciones de los pacientes preoperatorios después de la cancelación de una cirugía en una unidad de la clínica quirúrgica de un hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais. Se trata de un estudio cualitativo realizado con cinco pacientes de la consulta quirúrgica, de 18 años o más, 12 horas después de la

cancelación de la cirugía. El contenido de las entrevistas a pacientes de 41 a 68 años, dos solteros y tres casados, cuatro un hombre y una mujer fueron transcritos y sometidos al análisis de contenido de Bardin. Los diagnósticos de hospitalización fueron: necrosis de pierna, trombosis arterial, amputación de pie, ictus hemorrágico, hernia de disco en la región lumbar. Las categorías analizadas fueron: llegada del paciente al hospital, comunicación de cancelación de la cirugía y sentimientos respecto a la cancelación de la cirugía. Los pacientes acudieron primero a la unidad de urgencias cuando ya no soportaban el dolor, siendo remitidos al hospital para ser sometidos al procedimiento quirúrgico. La cancelación de la cirugía fue notificada por el médico, enfermera o fisioterapeuta y el paciente pensó que su caso no era grave, se sintió resignado, otras situaciones generaron enfado, revuelta, ansiedad, expectación, tristeza, rechazo, añoranza, alegría, tranquilidad. Este estudio permitió conocer algunos aspectos psicológicos asociados al paciente preoperatorio, mostrando que existe la necesidad de mejorar las estrategias de manejo para diseñar una línea de atención eficaz, capaz de brindar seguridad a los usuarios de los servicios de salud en la atención que reciben.

Palabras clave: Cirugía general; Percepción; Sistema único de Salud; Pacientes.

1. Introdução

Os avanços tecnológicos, como as cirurgias, que disponibilizam serviços de intervenções médicas para interromper a evolução de doenças promovem o aumento da expectativa de vida da população. No entanto, uma cirurgia, por mais simples que seja, pode causar sentimentos e emoções adversos que demandam estratégias de enfrentamento e adaptação (Cavalcante, Pagliuca & Almeida, 2000).

Em pacientes com situação pré-operatória, em geral, são identificadas reações como ansiedade excessiva, estresse, medo e angústia. Neste mesmo cenário, é possível identificar expectativas positivas, como possibilidade de ser curado, melhoria da qualidade de vida e reinserção nas atividades da vida cotidiana (Cavalcante, Pagliuca & Almeida, 2000; Antonio, Mumari & Costa, 2002; Souza, Souza & Fenili, 2005; Costa, Silva & Lima, 2010).

Um dos fatores que podem repercutir de forma negativa nas expectativas do paciente pré-operatório é o cancelamento da cirurgia, que constitui motivo para potencializar o estresse físico e emocional e gerar sentimentos negativos que impactam na recuperação do paciente e pode, inclusive, aumentar o período de hospitalização (Souza, Souza & Fenili, 2005; Cavalcante, Pagliuca & Almeida, 2000), o que repercute também na rede apoio do paciente.

Outra consideração relevante diz respeito ao modo de inserção do paciente no contexto hospitalar. Em muitos casos, a hospitalização dilui os limites que permite ao paciente se distinguir enquanto pessoa, o que pode causar um processo de despersonalização, provavelmente acentuado no momento em que ele é comunicado do cancelamento da cirurgia. Muitas vezes, o que se privilegia na comunicação é o processo de cancelamento e sua necessidade administrativa, sem se pensar nas condições psíquicas da pessoa que sofre a interdição cirúrgica (Costa, Silva & Lima, 2010).

Neste sentido, Marques e Martins (2015) afirmam que a medicina assumiu uma grande preocupação com a sua cientificidade e objetividade e, ao mesmo tempo, afastou-se afetivamente do paciente. Como desdobramento deste afastamento, o paciente começou a ser visto como um procedimento, ou seja, a doença e seus sintomas adquiriram mais importância que a pessoa adoecida. Desta forma, os autores afirmam que:

“(...) ocorre uma mudança na própria pergunta dirigida ao paciente de “O que você tem?” para “Onde lhe dói?”. Dessa maneira, a medicina, ao aderir a um estatuto científico, se associa ao empirismo, à verdade e à objetividade, caracterizando-se como modelo científico de tratar das doenças” (Marques & Martins, 2015, p. 53).

Evidencia-se, desta forma, que a medicina contemporânea se preocupa muito mais com a técnica, com o modo de intervir por meio de um trabalho centrado na técnica e no problema, sem se preocupar com os desdobramentos destas intervenções para a subjetividade dos pacientes e de seus familiares.

Foucault (1979) identifica historicamente este distanciamento da subjetividade do paciente pela medicina como produto da necessidade de racionalidade científica, o que sustentou o poder médico como agente da normalidade e das instituições, capaz

de sobrepor o indivíduo. Neste sentido, é possível afirmar que, em muitos casos, a equipe médica está mais vinculada à doença e seus sintomas, sem, contudo, estabelecer espaço para uma relação terapêutica que pense a pessoa em sua experiência subjetiva.

Nesta mesma direção, Antunes (2016) afirma que a medicina, quando coloca em evidência somente o corpo, desloca o sujeito para uma dimensão invisível, esquece de condições que fundamentam a pessoa enquanto “ser-no-mundo”:

(...) “não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão” (Antunes, 2016, p. 23).

Em geral, o procedimento cirúrgico exige que o paciente se submeta a uma regra de preparação física como, por exemplo, jejum de várias horas, além da necessidade de se preparar psicologicamente para o procedimento, com possibilidades que variam entre a cura e as complicações durante a cirurgia até o pós-operatório. Os fatores psíquicos têm pouca visibilidade, já que são ignorados por grande parte da equipe de cirurgia.

O paciente que teve a cirurgia cancelada enfrentará uma nova situação de preparo físico e psíquico relativos a uma outra agenda cirúrgica, o que implicará repetir as mesmas condições vivenciadas anteriormente, ou seja, os conflitos internos e externos serão novamente experimentados.

Além disso, as questões sociais e econômicas não podem ser negligenciadas, pois muitos pacientes são provedores de suas famílias e ficam angustiados por permanecerem muito tempo internados, sem previsão de retorno às atividades que garantam o sustento familiar (Souza, Souza & Fenili, 2005).

Conforme nos foi possível compreender até aqui, o paciente pré-operatório sustenta em si expectativas com relação ao evento cirúrgico que têm pouca visibilidade pelos agentes da saúde, mas, caso sejam frustradas, poderão provocar sentimentos negativos capazes de dificultar o processo de recuperação e de adaptação, bem como impacto na gestão dos serviços e, conseqüentemente, nos custos diretos e indiretos da contabilidade hospitalar.

A presente investigação possibilitará conhecer alguns aspectos associados ao paciente pré-operatório e caso necessário, propor ações para qualificação da atenção ao paciente em situações de cancelamento de cirurgia. Além disso, compreende-se que os resultados deste trabalho poderão servir para elaborar estratégias de gestão para delineamento de uma linha de cuidado efetiva, capaz de proporcionar aos usuários dos serviços de saúde segurança quanto ao atendimento que lhe foi ofertado.

Justificados pelo exposto até o momento, este artigo tem por objetivo investigar as percepções dos pacientes pré-operatórios após o cancelamento da cirurgia em uma unidade de clínica cirúrgica de um hospital público localizado na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2. Metodologia

Utilizou-se o método qualitativo de investigação empregando a entrevista para coletar os dados dos pacientes referentes ao cancelamento da cirurgia, no período de maio a agosto de 2019. A entrevista é uma forma de interação social que valoriza o uso da palavra, símbolo e signo privilegiados nas relações humanas, por meio dos quais os atores sociais constroem e procuram dar sentido à realidade que os cerca (Flick, 2002). Dentre os tipos de entrevista selecionou-se a semiestruturada ou semidirigida, composta de perguntas que o pesquisador direciona aos entrevistados de forma a obter os relatos para os objetivos do estudo (Gil, 1994).

Foram entrevistados cinco pacientes, de acordo com os seguintes critérios: 1) idade igual ou superior a 18 anos; 2) paciente da clínica cirúrgica; 3) ter decorrido um período de pelos menos 12 horas do cancelamento da cirurgia. Os cancelamentos

foram identificados a partir do meio dia e as entrevistas aconteceram na unidade de clínica cirúrgica após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado conforme parecer número 3.107.481 do comitê de ética em pesquisa.

O conteúdo das entrevistas individuais foi transcrito na íntegra de forma criteriosa, com sigilo dos participantes por meio da adoção da letra E (Entrevistado), seguido de número sequencial às entrevistas realizadas subsequentes (E1, E2...). Estes foram analisados empregando a técnica de análise de conteúdo de Bardin, que consiste na análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relevantes às condições de produção e recepção das mensagens. Pressupõe três etapas básicas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (Bardin, 2011).

Na pré-análise foi realizada a leitura “flutuante” de cada pergunta, que consiste em apropriar-se do conteúdo, de modo que, paulatinamente, a leitura vai se tornando mais precisa e compreensiva. A exploração do material consistiu na transcrição de características específicas de cada pergunta, permitindo atingir uma representação dos significados expressos na leitura flutuante, precisa e compreensiva, que favoreceu a identificação dos núcleos de sentidos emergidos no conteúdo das falas. Os dados brutos foram transformados de forma organizada e agregados em unidades de registro, com a descrição das características pertinentes do conteúdo em categorias. A categorização permitiu reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e, assim, correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los (Bardin, 2011).

3. Resultados e Discussão

A idade dos cinco entrevistados variou de 41 anos e 68 anos, sendo dois solteiros e três casados, quatro pertencem ao sexo masculino e um ao feminino. A religião predominante foi a católica e as profissões das pessoas foram motorista, serralheiro, açougueiro, aposentado e do lar. Os diagnósticos de internação foram: necrose da perna devido à complicação do diabetes mellitus tipo 2, trombose arterial, amputação do pé, acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico, hérnia de disco da região lombar.

As categorias: chegada do paciente ao hospital, comunicação do cancelamento da cirurgia e os sentimentos em relação ao cancelamento da cirurgia analisadas são apresentadas em seguida.

Chegada dos pacientes ao hospital

Quando questionados como chegaram ao hospital para realizarem a cirurgia os entrevistados responderam:

Através de uma conhecida de uma amiga minha que viu que eu tava ficando na pior e os médicos da cidade onde eu morava não tava suprindo a minha necessidade aí a mulher me inscreveu, aí eu vim pro PAM primeiro, depois pra eu vim pra cá. (E1, perna necrosada)

Aí foi aonde eu cheguei fui no UPA, aí eu passei pela médica no UPA, e foi constatado mesmo que eu tava com problema de veia entupida e me encaminhou pro hospital, foi aonde eu fiquei internado aguardando a cirurgia. Aí fiz o ultrassom e foi constatado que eu estava mesmo com problema de veia entupida. Quando eu soube que ia ter mesmo que fazer o procedimento cirúrgico em parte fiquei ansioso em parte fiquei alegre até demais O sentimento que eu tive quando soube que eu ia submeter a um procedimento cirúrgico foi maravilhoso porque o risco de não poder andar é muito grande, então assim, eu só tenho que agradecer a Deus e aos médicos. (E2, trombose arterial)

De UBER, cheguei na UPA. Fiz uma angioplastia, mas não deu muito certo. Agora vou ter que ir pro hospital das clínicas e depois volto pra amputar os dedos. Eles chegaram e falaram que eu ia ter que fazer isso, essa cirurgia, sabe? Eu fiquei com muito medo, aquele negócio todo, mas Deus me fez suportar a dor né. Aí eu fiz. Agora tem tornar a fazer essa mesma cirurgia porque não deu certo, não deu muito certo. (E3, amputação do pé)

A partir do momento que eu comecei a sentir uma dor muito forte, aí eu vi que não tava cedendo. Vou colocar o aparelho. Parece se não me engano que o aparelho se chama Kase, se não me engano é isso mesmo. (E5, hérnia de disco na região lombar)

Os pacientes procuram primeiramente a unidade de pronto atendimento (UPA 24 horas) quando não suportam mais a dor, quando estão “na pior” e são encaminhados ao hospital para realizarem o procedimento cirúrgico, geralmente na companhia dos familiares.

Segundo o Ministério da Saúde

“A UPA 24 horas “é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária que compõe uma rede organizada em conjunto com a atenção básica e a atenção hospitalar e as unidades básicas de saúde (UBS) “são a porta de entrada preferencial do sistema único de saúde (SUS) e atendem até 80% dos problemas de saúde da população” (Brasil, 2021, s/p).

Os hospitais, segundo a portaria no 3390, de 2013, que a institui a política nacional de atenção hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS.

“são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação” (Brasil, 2013, s/p).

“Devem participar tanto de ações de formação de novos profissionais de saúde, quanto de educação permanente em saúde, com prioridade para as áreas estratégicas do SUS, devendo integrar programas e políticas prioritárias de formação em saúde. O programa de educação permanente em saúde deve ser oferecido aos profissionais de saúde das equipes dos hospitais, baseado no aprendizado em serviço, no qual o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano dos hospitais e das equipes” (Brasil, 2013).

Comunicação do cancelamento da cirurgia

Ao entrevistado foi perguntado como foi comunicada a necessidade da cirurgia e o seu cancelamento. Os relatos são descritos em seguida

Foi através do PAM e, também do hospital. Falou que minha perna tava toda necrosada, que eu precisava tirar mais um pedaço pra ficar tudo bem. O rapaz médico veio, o cirurgião falou que tinha um caso de mais urgência e falou que ia deixar pra mim fazer a cirurgia outro dia. (E1, 41 anos, solteiro)

O comunicado do cancelamento foi verbal. Creio eu que os médicos falam pra elas né pra avisar que não vai ter, pra cirurgia cancelar a cirurgia, então as enfermeiras chegaram e falaram, o Sr. vai suspender o jejum né, então é isso, mais é as enfermeiras mesmo que chegaram aqui e me falaram. Eu tô aqui no quarto, no leito aqui de frente a entrada da porta, eu vejo quanta gente tá passando aqui. Dia inteiro entrando pra sala de cirurgia. Então, meu caso era grave, mas não era aquele grave igual tem de muita gente né, então eu acho que fiquei conformado, tranquilo, graças à Deus. (E2 casado, 60 anos).

Aqui, na hora que eu fui fazer essa operação aqui. Cancelou não, diz que eu vou fazer uai. Muitas vezes eu fiquei de jejum, fiquei, fiquei, e quando chegava a hora eles falavam que não ia fazer. Achei que ia dar tudo certo, que eu ia andar, não foi assim. É porque tinha muita gente pra fazer a cirurgia né, muita gente. Era mesmo, eu via muita gente falando que tinha que operar né. Eu levei um susto né, eu pensei que eu não ia dá conta. Então quando começou o homem achou que eu ia morrer. Terrível, terrível. Eu não sei o nome deles nenhum não. Foi o mesmo que fez o outro procedimento em mim, eu não sei (E3 casada, 68 anos).

Os médicos me disseram que chegaram outras urgências e como eu estava estável, as outras pessoas foram passando na frente. Foi o fisioterapeuta que me comunicou (E4, solteiro, 61 anos).

Foi aqui na neurologia que me falaram que eu não ia fazer a cirurgia. Aí quando eu subi pro terceiro andar que eles começaram a me examinar, me fizeram radiografia, tomografia, aí fizeram uma ressonância magnética, aí realmente comprovaram que havia necessidade de fazer. Devido ao fato de ter mais emergência. Pelo fato de hoje este hospital e Santa Casa é referência dentro de Belo Horizonte, então tudo mundo já procura eles. Então quando a pessoa chega vim cá é porque realmente a pessoa está precisando de uma cirurgia mais importante, de um AVC, e assim

sucessivamente, outras mais graves. Então no caso a minha precisa ser feita, mas aguenta esperar. O cancelamento então foi por feito porque surgiu uma emergência. (E5, casado, 51 anos)

Segundo os entrevistados, o hospital tem como prioridade fazer cirurgia nos pacientes que são casos de urgência e emergência. Os pacientes reconhecem que “os médicos não estavam tendo tempo de fazer todas as cirurgias ao mesmo tempo”, devido à quantidade de cirurgia: “... eu estou aqui no quarto, no leito aqui de frente a entrada da porta, eu vejo quanta gente tá passando aqui. Dia inteiro entrando pra sala de cirurgia”. O cancelamento da cirurgia é avisado pelo médico, enfermeiro ou fisioterapeuta e o paciente pensa que o seu caso não é grave, sente-se conformado e “aguenta esperar”. O jejum realizado antes da cirurgia é sempre lembrado pelos pacientes, com o cancelamento da cirurgia o jejum é também suspenso e resta esperar a nova data da cirurgia.

A atenção hospitalar compreende o conjunto de ações realizadas em regime de internação hospitalar, e também de hospital dia, abrangendo procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, assistência farmacêutica, assistência hemoterápica, reabilitação, consultas especializadas e preparação para alta (Brasil, 2012).

A equipe de saúde do hospital é integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais (Brasil, 2013), com transmissão de informações para garantir um cuidado livre de danos, ou seja diminuir o risco de danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde (Silva et al., 2021; Tondo & Guirardello, 2017).

Uma das diretrizes da PNHOSP é a garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar, com continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS, dentro do modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar (Brasil, 2013).

A hospitalização provoca uma ruptura no ambiente habitual do paciente. No novo ambiente desconhecido ele sente inseguro, sem ação e torna-se dependente das pessoas (Lopez & La Cruz, 2001). Por isso é importante as recomendações da PNHOSP: escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde, a prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade, a organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio (Brasil, 2013).

Nos hospitais, o controle adequado das cirurgias agendadas proporcionará menor espoliação do paciente, diminuição no tempo de internação e dos riscos de infecção hospitalar, redução dos custos do tratamento com benefícios diretos para os usuários que serão melhores assistidos, e para a instituição que terá sua produtividade e retorno financeiros aumentados (Cavalcante, Pagliuca & Almeida, 2000). O profissional da saúde atuante nos hospitais que rotineiramente vivencia o sofrimento e a morte do ser humano deve aplicar de forma adequada as habilidades e atitudes nas suas práticas de assistência. Eles necessitam da presença das competências que abrangem: o conhecimento teórico-prático sobre as doenças e sintomas; o desenvolvimento da empatia; o domínio das estratégias de comunicação; e uma visão humanística no cuidado à pessoa (Maia, Lourinho & Silva, 2021).

Foi perguntado ao paciente se fosse o responsável para comunicar o cancelamento da cirurgia, como ele faria esse comunicado?

Ah, eu tentava chegar igual eles. Eles não chegaram assim, tão grosseiramente, então, falaram que eu ia fazer a cirurgia noutro dia, eles falaram na calma comigo, só que isso, isso eu, que nem eu disse, gosto de tudo resolvido na hora, na vida nem tudo é resolvido na hora. Na vida nem tudo é resolvido na hora, tudo tem um prazo. Eu não sei receber um não diretamente, mas eu tô trabalhando bem isso dentro de mim. (E1).

Acho que eu saía e mostrava todos que tem que operar na frente. Esse aqui tá com um problema mais grave que o seu. Esse aqui tá mais grave que você. Meu pensamento assim, porque não tá vendo acha que os médicos tá jogando baralho,

tá jogando vôlei, jogando futebol, mas não é não, eles tá trabalhando, a gente não vê eles porque a gente não tem acesso lá na sala né, na sala de cirurgia, porque se entrar lá, endoida né, porque é muita gente que tá deitada nas macas sendo operadas, então tem gente que não entendi isso, acha que não tem médico no hospital, pelo contrário tem médico até demais, só que o serviço é muito. (E2)

Nó, acho que eu não ia ter coragem, nem de informar sabe, porque é triste fazer uma coisa dessa, triste né. Tem que fazer as coisas tudo no limite né pra dar certo, sabe como é que é? Teria coragem não. (E3)

E se eu fosse um profissional da saúde e tivesse que comunicar isso ao paciente eu faria a mesma coisa, eu entendi o motivo. (E4)

Ah não, com certeza, com certeza. Aí você já analisa, igual eu já disse né, quando acontece esse tipo de coisa, por exemplo, quando tem uma pessoa com AVC ela tem prioridade, é uma vida em jogo né, e o meu, igual eu estou aqui bem cuidado, então pode esperar. (E5)

Um dos participantes falou que comunicaria o cancelamento da cirurgia igual aos profissionais da saúde: com calma, pois na vida nada é resolvido na hora. Já outro disse que falaria com todos ao mesmo tempo, mostrando qual deles tinha o problema mais grave e ressaltou que os médicos trabalham muito, pois tem muito trabalho. Um dos entrevistados disse que não teria coragem de realizar o comunicado da cirurgia. O quinto paciente não respondeu à pergunta, mas disse que estava bem cuidado e poderia esperar uma nova data de cirurgia.

A suspensão de uma intervenção cirúrgica é uma ocorrência que, aparentemente, não causa grande inquietação à equipe multiprofissional dos serviços de saúde, que encara esse acontecimento como rotineiro. Contudo, o cancelamento de uma cirurgia programada implica em perda financeira para a instituição, atraso na programação cirúrgica e ainda prejuízo para outros pacientes que aguardam sua vez para operar. Assim, recomenda-se evitar essa suspensão por meio de uma assistência de enfermagem planejada e articulada com as demais equipes profissionais e da elaboração de um plano administrativo eficiente (Cavalcante, Pagliuca & Almeida, 2000).

Além do enfermeiro, aquele que conhece o paciente e fornece informações que facilitarão na diminuição de suas angústias, na visita pré-operatória de enfermagem, o psicólogo no acompanhamento pré-operatório têm papel crucial para o enfrentamento do cancelamento das cirurgias, pois pode ajudá-lo a lidar com as angústias (Costa, Silva & Lima, 2010). Essas intervenções podem provocar mudanças comportamentais em grande parte dos pacientes, diminuindo os riscos aos quais eles estão expostos e, também, o seu nível de ansiedade (Jorgetto, Noronha & Araújo, 2004).

Estudos sobre os sentimentos presentes em pacientes que tiveram cirurgias canceladas dizem respeito, também, ao modo como é realizada a comunicação do cancelamento (Bedin, Ribeiro & Barreto, 2005, Aquino, Moura & Pinto, 2012). Os autores observaram que, em geral, a comunicação é feita de modo mecânico, como se fosse um fato fácil de ser suportado pelo paciente e seus familiares, mas, na maioria das vezes, não é, já que o mesmo criou expectativas em torno do procedimento cirúrgico com base na agenda que lhe foi informada.

Sentimentos em relação ao cancelamento da cirurgia

Quando os pacientes foram interrogados em relação aos sentimentos de receber o comunicado do cancelamento da cirurgia eles responderam

Ah, eu não fiquei muito satisfeito não, mas eu tive que controlar a raiva e ver que as coisas não rolam só pra mim. Tem outras pessoas que também necessita.

Ah no comecinho, comecinho eu fiquei meio revoltado, depois eu pus a cabeça no lugar e vi que ou eu ficava olhando pra traz ou eu seguia pra frente. Eu preferi seguir em frente (E1).

Ah, minha expectativa era muito grande né, de fazer a cirurgia. Fiquei muito ansioso naquele dia que eu fiquei de jejum. Eu sabia que ia fazer a cirurgia, não tive um pingão de medo de nada, pelo contrário, eu fiquei até alegre nesse dia, mas quando eles falaram que tinha que ser adiada, eu não fiquei nervoso, nem estressei, nem nada não, porque a gente vê os procedimentos aqui como é que é. Só quem entendi um pouquinho, certo, que vê o quanto que é difícil, porque se for operar tudo mundo no mesmo dia não tem nem como não, porque é muita gente que necessita da cirurgia. Então eu levei em caso disso, eu tô sendo medicado, tô sendo bem tratado aqui, então deixa as prioridades que minha vez vai chegar, e chegou mesmo minha vez. Foi muito bem atendido graças à Deus, o médico fez a cirurgia muito bem. Eu devo muito à eles, que Deus ajude todos eles (E2).

Quando cancelaram a cirurgia eu senti tristeza, tristeza, tristeza, você fica doída pra fazer né, ir pra frente, andar né. Eu achava que ia resolver o problema. Tem mais de 2 ou 3 anos que eu estou dentro de casa sem sair pra canto nenhum, por causa da perna né. Eu gostava muito de passear, fazer compra, ir pro todo lado. Eu não saio mais, fico só dentro de casa. Pra ir no banheiro, precisa de cadeira. Tomar banho precisa de cadeira. Não pode cozinhar, não pode fazer nada, nada. (E3)

Como foi o cancelamento da cirurgia foi por motivo de urgência meu sentimento foi normal. Fiquei tranquilo ainda mais porque chegou uma criança. Pra mim foi tudo bem. Olha, a princípio eu realmente não vou negar não, eu fiquei chateado, tenso, mas depois eu passei a analisar da seguinte forma: se realmente foi cancelada é porque não é a hora de Deus, porque Deus faz tudo na hora certa. Então aquilo ali foi confortando meu coração. É tanto que foi cancelado duas, três ou quatro vezes, se não me engano, e pra mim hoje é normal. Se o médico chegar pra mim de novo e dizer que vai cancelar a cirurgia de novo, eu agradeço a Deus, porque alguma coisa não é pra ser feita nesse momento (E4).

Com certeza, porque partiu da ansiedade de saber do meu problema e fazer a cirurgia que eu ia resolver o meu problema e ia sair daqui andando, mas aí tem uma outra etapa que a gente nunca quer acreditar, que não quer participar dela: que é a demora, que é a rejeição, a saudade da família, a saudade de casa, então tudo isso fala mais alto né? Então você tem que recuar um pouquinho e pensar na saúde. Exatamente, hoje graças à Deus eu estou nesse patamar. Então eu não preocupo. Minha família tá bem, minha filha tá bem, meu emprego tá bem, então é esperar, se tiver que esperar mais um pouco então nós vamos esperar. Agora, se caso Deus mandar o contrário é bem vindo. Estou internado a se não me engano hoje está fazendo 36 dias. (E5)

Com o passar do tempo, dentro do hospital os pacientes acabaram percebendo que o cancelamento da cirurgia é uma situação que acontece com certa frequência e acabaram ressignificando suas expectativas, entendendo que isso diz respeito a rotina do serviço. Isso gerou nos participante a princípio sentimentos de raiva, revolta, ansiedade, expectativa, tristeza, rejeição, saudades e também sentimentos mais positivos, ou que pelo menos, não causavam tanto sofrimento para os pacientes, como alegria, tranquilidade, sem medo, Alguns entrevistados justificaram o cancelamento como se houvesse motivos espirituais, como se fosse da vontade divina que a cirurgia não ocorresse naquele determinado dia – “Deus faz tudo na hora certa e se tiver que esperar mais um pouco vou esperar”.

No período que antecede qualquer cirurgia, seja ela simples ou complicada, o paciente poderá se estressar por não conhecer as fases da cirurgia e o processo da recuperação (Souza, Souza & Fenili, 2005; Smeltzer & Bare, 1993). A realização de uma cirurgia, por mais simples que seja, é um acontecimento importante na vida de uma pessoa, pois encerra um significado próprio e evoca infinitas reflexões, podendo gerar ansiosos, dúvidas e medo (Cavalcante, Pagliuca & Almeida, 2000; Belluomini & Tanaka, 2003).

Uma intervenção cirúrgica não é uma ocorrência rotineira na vida de um indivíduo, requer um preparo prévio, como o afastamento das atividades, mobilização de recursos físicos, emocionais e até financeiros para enfrentar esse momento (Cavalcante, Pagliuca & Almeida, 2000).

A cirurgia gera um momento de crise, sendo fator de ansiedade e estresse para o indivíduo e com o seu cancelamento uma nova crise ocorre, sendo uma situação extremamente desestabilizadora, que gera medo e ansiedade requerendo estratégias de adaptação (Cavalcante, Pagliuca & Almeida, 2000).

Segundo Farias et al. (2021) os profissionais da saúde devem reabilitar os pacientes pós-cirúrgicos para minimizar os riscos de complicações com desfecho de óbito. É importante treinar a capacitar as equipes de saúde, implementar protocolos

assistenciais baseados em diretrizes, padronizar o cuidado, definir papéis dentro da equipe multidisciplinar para decisão assertiva baseada em evidência científica.

Para Antônio, Munari e Costa (2002) o cancelamento de cirurgias é seguido de sentimentos negativos associados à frustração. De um lado, os pesquisadores destacaram aqueles sentimentos relacionados ao próprio paciente, que eles consideram “menos frequentes, mas não menos importantes” (p. 38). Por outro lado, destacaram os fatores institucionais “que são mais frequentes e que poderiam ser prevenidos, o que nos aponta um importante aspecto a ser considerado pelas instituições no seu planejamento” (Antônio, Munari & Costa, 2002, p. 38).

Embora esse estudo não tem por objetivo fazer generalizações, um grupo maior de participantes poderia indicar outras categorias de análise que não foram apontadas nos discursos. Além disso, é importante que sejam realizados estudos que escutem profissionais de saúde e pacientes.

4. Considerações Finais

Os pacientes procuram primeiramente a UPA quando não suportam mais a dor, sendo encaminhados ao hospital para realizarem o procedimento cirúrgico, na companhia dos familiares. O cancelamento da cirurgia é avisado pelo médico, enfermeiro ou fisioterapeuta e o paciente pensa que o seu caso não é grave, sente-se conformado, outras situações geraram raiva, revolta, ansiedade, expectativa, tristeza, rejeição, saudades, alegria, tranquilidade.

Este artigo possibilitou conhecer alguns aspectos psicológicos associados ao paciente pré-operatório, mostrando que existe a necessidade de se melhorar estratégias de gestão para delineamento de uma linha de cuidado efetiva, capaz de proporcionar aos usuários dos serviços de saúde segurança quanto ao atendimento que lhe foi ofertado.

Referências

- Antonio, O. S., Mumari, D. B., & Costa, H. K. (2002). Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. *Revista eletrônica de enfermagem*, 4 (1), 33-39. <https://doi.org/10.5216/ree.v4i1.744>.
- Antunes, J. L. (2016) *A nova medicina*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Aquino, F. M., Moura, V. L. F., & Pinto, A. C. S. (2012). A suspensão da cirurgia e o processo de comunicação. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 4 (2), 2998-3005. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2012.v4i2.2998-3005>
- Bardin, L. (2011). *Análise do Conteúdo*. Edições 70.
- Bedin, E., Ribeiro, L. B. M., & Barreto, R. A. S. S. (2005). Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 07 (01), 118 – 127. <https://doi.org/10.17115/2358-8411/v3n3a4>.
- Belluomini, A. S., & Tanaka, L. H. (2003). Assistência de enfermagem no pré-operatório de cirurgia cardíaca: percepção dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem. *Nursing*, 6(65), p. 21-25.
- Brasil (2012). Ministério da saúde. Relação nacional de ações e serviços de saúde. *Renases*. 2012 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_acoes_saude.pdf.
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria no 3390, de 30 de dezembro de 2013*. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.
- Brasil (2021) Ministério da Saúde. *Unidades básicas de saúde*. <https://dados.gov.br/dataset/unidades-basicas-de-saude-ubs>.
- Cavalcante, J. B., Pagliuca, L. M. F., & Almeida, P. C. (2000). Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(4), 59-65. <https://doi.org/10.1590/S0104-1169200000400009>.
- Costa, V. A. D. S. F., Silva, S. C. F. D., & Lima, V. C. P. D. (2010). O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Revista da SBPH*, 13(2), 282-298. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200010&lng=pt.
- Farias, P., Arruê, A. M., Almeida, T. Q. R., Jantsch, L. B., Leites, A. W. R., & Reichembach, M. T. (2021). Mortalidade de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Research, Society and Development*, v. 10, n.5, e12110514610. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14610>
- Flick, U. Entrevista episódica. In: Bauer, MW & Gaskel, G. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com textos, imagem e som*. Um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 114-126.

Foucault, M. (1979). O nascimento do hospital. *Microfísica do poder*, 10, 99-111, 1979.

Gil, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas, 1994. 207 p.

Jorgetto, G. V., Noronha, R., & Araújo, I. E. M. (2004). Estudo da visita pré-operatória de enfermagem sobre a ótica dos enfermeiros do centrocirúrgico de um hospital universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 213-222. <https://doi.org/105216/ree.v6i2.815>.

Lopez, M. A., & La Cruz, M. J. R. (2001). *Hospitalização*, McGra-Hill, 2001.

Maia, M. A. Q., Lourinho, L. A., & Silva, K. V. (2021). Competências dos profissionais de saúde em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva adulto. *Research, Society and Development*, 10(5), e38410514991. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14991>

Marques, G. H., & Martins, K. P. H. (2015). Responsabilidade médica e suas implicações na prática clínica. *Revista Bioética*, 23(1), 51-60. <https://doi.org/101590/1983--80422015231045>

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (1993). *Tratado de enfermagem*. (9a ed.), Guanabara Koogan.

Silva, B. J. R., Santos, B. D. V., Andrade, C. R., Macedo, E. R., & Andrade, H. S. (2021). Ações de enfermagem que promovem a segurança do paciente no âmbito hospitalar. *Research, Society and Development*, 10(5), e44110515202. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15202>.

Sousa, A. A., Sousa Z. C., & Fenili, R. M. (2005). Orientação pré-operatória ao cliente—uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. *Revista eletrônica de enfermagem*, 7 (2). 215 – 220. <https://doi.org/10.5216/ree.v7i2.879>.

Tondo, J. C. A., & Guirardello, E. B. (2017). Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, 70 (6), 1355-1360. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>.