

Suspensão Cirúrgica: Perspectiva do Residente de Medicina em Clínicas Cirúrgicas

Deferral of Surgery: the Perspective of the Medical Resident in Surgical Clinics

Leonel Alves do Nascimento¹
Lígia Fahl Fonseca¹
Ana Carolina Korki Arrabal Garcia¹

PALAVRAS-CHAVE

- Hospitais de Ensino;
- Internato e Residência;
- Curva de Aprendizado;
- Educação Médica;
- Relações Interpessoais.

KEYWORDS

- Hospitals, Teaching;
- Internship and Residency;
- Learning Curve;
- Medical Education;
- Interpersonal Relationships.

Recebido em: 19/03/2013

Reencaminhado em: 12/07/2013

Reencaminhado em: 29/08/2013

Aprovado em: 19/01/2014

RESUMO

Com o objetivo de compreender a percepção do residente de Clínica Cirúrgica sobre a suspensão do procedimento cirúrgico, as repercussões e os desdobramentos desse evento em seu trabalho, fez-se uma pesquisa descritiva qualitativa com uso do método de análise proposto por Martins e Bicudo. Realizada num hospital universitário do Norte do Paraná, contou com a participação de dez residentes de clínicas cirúrgicas que cursam o último ano do programa de residência. A análise resultou na construção de cinco categorias: repercussões para o residente (perda de aprendizado); sentimentos relacionados à suspensão (frustração, impotência, perda de credibilidade e resolutividade); comunicação da suspensão (principal dificuldade), repercussões para o paciente (insatisfação, frustração, abandono) e estratégias para evitar a suspensão (planejamento, cuidados pré-operatórios, ampliação dos recursos materiais/humanos). Constatou-se que o residente reconhece as repercussões da suspensão cirúrgica em seu aprendizado, identifica o sofrimento do paciente em relação à suspensão e lança mão de estratégias para evitá-la.

ABSTRACT

In order to understand the resident student surgeon's perception of the deferral of surgical procedures, the repercussions and consequences of this event in his work, a descriptive, qualitative study was conducted, based on the analytical method proposed by Martins and Bicudo. The study was conducted at a teaching hospital in northern Paraná, with the participation of ten surgical residents in their final year of the residency program. The analysis resulted in the construction of five categories: Implications for the resident (learning impairment); feelings related to the deferral (frustration, helplessness, loss of credibility and resolution capabilities); communication of the deferral (main difficulty), implications for the patient (dissatisfaction, frustration, abandonment) and strategies to avoid deferral (planning, preoperative care, enhanced material/human resources). It was found that the resident recognizes the impact of deferred surgery in his learning, identifies patient suffering due to the deferral and makes use of strategies to prevent it from happening.

INTRODUÇÃO

A notícia da necessidade de um procedimento cirúrgico é, sem dúvida, difícil e estressante para o paciente, trazendo inúmeras repercussões emocionais e de ordem financeira, alterando muito a dinâmica familiar. Por isso, a suspensão de um procedimento cirúrgico aumenta os sentimentos negativos, potencializando insegurança, raiva, desconfiança, desmotivação e a sensação de um futuro incerto, em que a recuperação se torna mais longa e desgastante¹⁻².

A suspensão cirúrgica tem se tornado foco de vários estudos, tanto pela complexidade das repercussões emocionais, estruturais e econômicas, quanto pela interação dos múltiplos atores envolvidos no processo. O impacto financeiro é um dos principais pontos de preocupação e investigação. Um estudo num hospital universitário identificou que a suspensão de 58 cirurgias acarretou R\$ 1.713,66 (custo médio por paciente de R\$ 29,54) de custos relacionados com materiais de consumo, processo de esterilização, medicamentos e recursos humanos. Neste estudo se observou que grande parte das suspensões poderia ter sido evitada⁴. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos³⁻⁸.

Além disso, altas taxas de suspensão cirúrgica repercutem de forma negativa na imagem institucional, muitas vezes acarretando descrédito na qualidade de seus processos. Isto é percebido pelos clientes internos e seus familiares, e pelos clientes externos.

As causas que levam à suspensão cirúrgica em hospitais-escola públicos nem sempre são as mesmas alegadas em hospitais privados. São mais evidentes na rede pública: sucateamento da estrutura física e de equipamentos, demora no processo de aquisição de materiais, grande demanda de procedimentos de urgência e emergência, falta de leitos de UTI, múltiplas dificuldades apresentadas por residentes em relação à preceptoría médica⁸, entre outras.

Estudos feitos em hospitais universitários revelaram taxas de suspensão frequentemente elevadas: 5,1%⁸, 14,14%¹⁰, 16%⁷, 19,91%¹¹ e 33%¹. Mesmo com números tão preocupantes, nota-se que este evento se tornou rotineiro para a equipe de saúde, e são perceptíveis as dificuldades na tomada de ações resolutivas quanto a este problema.

Os hospitais universitários caracterizam-se como centros de saúde públicos ou privados vinculados a cursos de graduação em Medicina e a outras áreas de saúde. Esses hospitais servem de laboratório para os estudantes, proporcionando um aprendizado prático ao graduando, e também como campo de especialização para diversos programas de residência médica. Tais benefícios se estendem também à população, que pode usufruir de um tratamento de alta qualidade totalmente gra-

tuito no caso dos hospitais públicos, por serem conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS)¹².

Têm sido bem documentados os prejuízos que a suspensão cirúrgica causa ao paciente e à instituição de saúde. No caso de hospitais universitários, também os alunos em formação são direta e especialmente afetados. A suspensão cirúrgica causa prejuízo ao aprendizado e aprimoramento das habilidades para os residentes médicos de especialidades cirúrgicas, em razão de um decréscimo na curva de aprendizagem, pois os alunos ficam sem a prática cirúrgica, o que influencia diretamente a qualidade do ensino e sua formação como especialistas⁹.

Os trabalhos publicados sobre suspensão cirúrgica enfocam a apresentação de taxas, motivos e prevalências por clínicas cirúrgicas ou, numa perspectiva mais subjetiva, os sentimentos vivenciados pelos pacientes ao terem suspensa sua cirurgia. Poucos, no entanto, apontam soluções factíveis que visem à redução desse evento¹¹.

O médico residente assume um papel relevante nas instituições hospitalares de ensino, pois, ao mesmo tempo em que adquire experiência e conhecimento, contribui expressivamente no atendimento dos pacientes. O residente de clínicas cirúrgicas geralmente vivencia o processo de tomada de decisão não só quanto ao agendamento cirúrgico, mas também quanto à suspensão e comunicação ao paciente e a sua família, sendo quase sempre o responsável pelo reagendamento.

Diante da compreensão desses processos e da importância do médico residente na estrutura de um hospital-escola público, identificou-se a escassez de trabalhos que retratem a percepção do residente de clínicas cirúrgicas sobre a suspensão cirúrgica. Portanto, este trabalho foi realizado com o objetivo de contribuir para uma reflexão sobre esta problemática, em busca de estratégias para diminuir os atuais índices.

Esta pesquisa visou compreender a percepção dos residentes de clínicas cirúrgicas sobre as repercussões da suspensão cirúrgica para o próprio residente, paciente e instituição, assim como buscar estratégias para minimizar sua ocorrência e impacto.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, conforme o parecer Conep-268/CAAE 0.0.268.000-10. O local do estudo foi um hospital universitário do Norte do Estado do Paraná.

Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, que possibilita captar os diferentes discursos com base

em hipóteses e suposições advindas da elaboração dos objetivos do estudo¹³.

Os sujeitos foram escolhidos e convidados a participar mediante os seguintes critérios: ser residente de clínicas cirúrgicas e estar no último ano do programa. Após os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e a necessidade de gravação das entrevistas, os residentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na coleta dos dados, fizeram-se perguntas de aquecimento e, depois, as que se relacionavam à percepção do residente médico sobre a problemática da suspensão cirúrgica, tendo como questão norteadora: “Qual a percepção do residente sobre as questões que envolvem a suspensão cirúrgica?”.

Para a análise dos dados se utilizou a sequência proposta por Martins e Bicudo¹⁴, que é composta por dois momentos. O primeiro é a análise ideográfica, referindo-se à inteligibilidade dos significados presentes, que se articulam em suas inter-relações e unidade estrutural. No segundo momento, a análise nomotética, que diz respeito à construção de resultados, compreensão e elucidação do fenômeno estudado.

No primeiro momento, fizeram-se várias leituras flutuantes para haver familiaridade com a linguagem dos residentes participantes da pesquisa. Em seguida, por meio de grifo, destacaram-se as frases ou palavras que identificavam as unidades de significado que respondiam aos objetivos propostos nesta pesquisa. Na sequência, essas unidades de significado foram interpretadas e agrupadas quando apresentavam semelhanças. Dessa forma se concluiu a análise individual ou ideográfica.

Para concretizar a análise geral, fez-se a aproximação de todas as unidades de significado interpretadas dos dez residentes participantes da pesquisa. Nesse momento, foram analisadas não mais na sua individualidade, mas como parte do todo do fenômeno da suspensão cirúrgica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos dez residentes, sete são do sexo masculino, com idade variando entre 25 e 32 anos, e tempo de graduação de sete a dez anos. Nove residentes formaram-se na instituição em estudo, onde cumprem o programa de residência. Sete médicos estão no segundo ano de residência; dois, no terceiro ano, e um, no quinto ano de residência. Os participantes se distribuíam pelos seguintes programas de residência: Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Torácica, Cirurgia Infantil, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Ortopédica, Cirurgia Urológica, Cirurgia Vascular; duas residentes cursam o programa de residência em Ginecologia e Obstetrícia.

A análise dos discursos resultou na construção de cinco categorias: repercussões para o residente; sentimentos relacionados à suspensão; comunicação da suspensão; repercussões para o paciente e estratégias para evitar a suspensão.

A primeira categoria explora as **repercussões da suspensão cirúrgica para o residente**, como a perda de oportunidades de aprendizado e o transtorno em sua própria programação diária.

Para o residente, uma cirurgia suspensa representa perder oportunidades de aprendizado:

“[...] em primeiro lugar, inibe a gente de ter mais um procedimento cirúrgico, mais um treino, mais uma experiência cirúrgica [...]; em um estágio que pega muita suspensão, a tua técnica, aprendizado e habilidade cirúrgica [...] é prejudicada” (2R).

Para o jovem médico, o período da residência é uma época que oferece uma gama de conhecimentos e habilidades que permitem que ele se torne um profissional especialista completo e competente¹⁵. Dessa forma, a repetição da técnica cirúrgica e a participação em diversos procedimentos durante sua especialização são de suma importância, porque,

“do ponto de vista do cirurgião, e do médico-residente, [a suspensão cirúrgica] é muito ruim porque a gente está na especialidade e, quanto mais a gente operar, melhor será nossa curva de aprendizado. O aprendizado ocorre com a repetição pra tudo na vida, e habilidade manual é muito importante” (3R).

Além disso, a suspensão cirúrgica gera

“[...] um transtorno [...] porque a gente se prepara, estuda o caso, estuda o que vai ser feito, conversa com os familiares, explica tudo, acorda cedo, chega aqui, e a cirurgia é suspensa. A gente perde a manhã inteira, fica a manhã inteira sem fazer nada” (10R).

A vida do residente médico é definida por uma série de compromissos agendados previamente, ora em discussões, orientações e procedimentos com o preceptor e outros profissionais, ora atendendo os diversos pacientes internados por sua clínica. Esse planejamento é abalado, pois em um hospital universitário a composição da agenda depende de múltiplos fatores, como disponibilidade de dias cirúrgicos, exames diagnósticos, serviços de apoio e compatibilidade da agenda do preceptor, que precisa estar presente no momento da cirurgia. Na percepção do residente, a suspensão significa desperdício de tempo.

Os **sentimentos relacionados à suspensão cirúrgica** formaram a segunda categoria nesta pesquisa. Os residentes relataram que são invadidos por sensações de frustração, impotência, falta de resolutividade e perda de credibilidade:

“Você não foi capaz de solucionar aquele problema, [fica] atado por não ter o que fazer, [...] uma impotência por não poder mudar isso, então a gente tenta ajustar, mas sempre fica a sensação de “podia ter saído”, de ter feito, conseguido ajudar alguém”. (2R)

“[...] uma frustração, [...] é uma frustração misturada com raiva. [...] no primeiro e no segundo a gente fica meio assim. Mas como residente de terceiro ano, daí vai passando, a gente vai aprendendo a conviver com isso”. (3R)

“[...] uma perda de credibilidade, porque [...] você tem um planejamento, internou, opera amanhã, e já vai embora no próximo dia... Muitas vezes você acaba prometendo isso e não consegue realizar devido a todas essas variáveis [...] e aí [...] há perda de credibilidade”. (4R)

Em sua formação, o médico é sempre levado a fazer seu melhor, de forma a utilizar o raciocínio clínico com base em evidências; é encorajado a realizar um diagnóstico preciso e a definir esquemas de tratamento que sejam resolutivos. O residente de clínicas cirúrgicas se sente frustrado e desanimado diante da suspensão cirúrgica por não ter o controle de todas as variáveis envolvidas, e isso gera uma descontinuidade em sua proposta de ação.

O embate que se dá entre a idealização do papel do médico e a realidade da formação profissional não é tranquilo. Esse conflito é vivido com diferentes graus de sofrimento emocional quando o residente se depara com situações em que se sente impotente, como nas suspensões cirúrgicas¹⁶.

Observa-se no discurso de um participante que, ao longo dos anos da residência, ocorreu uma mudança significativa em sua percepção e atitude em relação à suspensão cirúrgica. Nos anos iniciais, os sentimentos são mais presentes e inquietantes, mas, com o decorrer do tempo, eles aprendem a “conviver com isso” (3R), distanciando-se emocionalmente das repercussões da suspensão, encarando-as como rotineiras, conforme retrata este discurso:

“Sinceramente, se eu tenho algum tipo de sentimento de frustração? Não. Encaro com certa normalidade, não sei se foi o tempo que me deixou assim, mas eu sei que é um problema do hospital, até da clínica [...], que às vezes não há condições [...]” (9R).

Uma atitude um tanto distante no relacionamento com o paciente – particularmente em situações de comunicação de notícias desagradáveis – pode ser resultado de um olhar adotado por escolas onde se desencorajam o envolvimento e a relação próxima ao paciente. Assim, com o distanciamento, os residentes ficariam protegidos dos perigos de envolvimento e compaixão, permanecendo livres para tomar decisões que podem ir contra seus sentimentos pessoais e emoções¹⁷.

A terceira categoria trata da **comunicação da suspensão para o paciente**, que desponta como uma das principais dificuldades para o residente médico. Os discursos mostram que a conversa com o paciente

“[...] nem sempre é fácil, porque eles não conseguem diferenciar nosso poder até onde vai, [...] acham que a gente poderia ter conseguido a cirurgia... E nem sempre é assim. [...] Então a gente comunica o paciente, tenta explicar os motivos; alguns entendem, outros não. Não é muito fácil” (2R).

A comunicação humana pode ser verbal, quando expressa por fala e escrita, ou não verbal, quando envolve manifestações de comportamento não expressas por palavras, como gestos, silêncio, expressões faciais e postura corporal. Aspectos da comunicação não verbal influenciam fortemente as relações humanas e devem ser observados no dia a dia pelos profissionais. É necessário inovar, ampliando nossas ações, transformando nossa prática em um cuidado humanizado, valorizando nossos pacientes e atendendo suas necessidades¹⁸.

Atualmente se observa uma preocupação com a qualidade da comunicação de más notícias ao paciente, algo considerado difícil de fazer. Muitas escolas estão adotando em seus programas disciplinas que abordam a comunicação, tanto para alunos de graduação como para médicos que cursam programas de residência. Apesar desses esforços, as pesquisas a respeito ainda não permitem concluir, de forma inequívoca, que treinamentos capacitem estudantes de Medicina e médicos residentes na aquisição de competências consideradas necessárias. As maiores dificuldades desses estudos se relacionam ao método e a amostras não significativas. São necessários estudos controlados e com maior rigor metodológico¹⁹.

Aose questionar sobre a comunicação da suspensão da cirurgia ao paciente, percebeu-se, nas falas dos residentes, a dificuldade de transmitir más notícias, o que gera no residente sentimentos de insegurança e indignação:

“[...] quem que vai lá conversar com ele? Não é quem suspendeu, ou a UTI ou o anestesista; não, é o residente da Cirurgia [...], que tem que dar as caras lá, conversar com o paciente, ouvir xingamento dos familiares, de uma forma ou

outra explicar o que está acontecendo, mas eles nunca entendem, eles acham que a responsabilidade é do residente que esta lá suspendendo” (6R).

O mesmo residente que comunicou a necessidade do procedimento cirúrgico, ao anunciar que não será possível realizá-lo, torna-se objeto de raiva, frustração e desconfiança por parte do paciente. Dessa forma, o residente sente-se questionado quanto ao seu poder de decisão e julgamento²⁰.

Os atributos pessoais do médico e as atitudes terapêuticas desejáveis para uma boa interação médico-paciente incluem aspectos como empatia, continência e capacidade de comunicação e conotação positiva. Para o profissional que convive com pacientes cirúrgicos, independentemente de sua formação básica ou área de especialidade, as habilidades de comunicação são essenciais, porque permitem melhor acesso e abordagem à dimensão emocional²¹. Quando se trata da comunicação de más notícias, as dificuldades do processo comunicacional tornam-se perceptíveis.

Estudos sobre comunicação de suspensão cirúrgica revelam que, para a equipe médica e de enfermagem, esse ato é realizado de forma adequada. Entretanto, na perspectiva do paciente, é sempre insuficiente, inadequada ou inexistente²².

É evidente o descompasso na comunicação da suspensão cirúrgica. A comunicação sobre os motivos da suspensão cirúrgica pode se dar por três fontes: pelo registro no aviso de cirurgia do Centro Cirúrgico, pela anotação de enfermagem no prontuário do paciente e pelo relato que se faz a ele. Em um estudo que avaliou 57 casos de suspensão cirúrgica, percebeu-se que em 28 casos houve coincidência dos motivos nas três fontes; em um caso, houve coincidência em duas fontes; e em outros 28, não houve coincidências em nenhuma fonte²³.

Para diminuir tal descompasso, é necessário que a comunicação entre a equipe cirúrgica e o paciente e entre a própria equipe seja efetiva e que haja empatia entre o profissional e o paciente. É importante verificar com o paciente o entendimento do que lhe é transmitido, atentando para suas dúvidas e questionamentos.

Uma intervenção cirúrgica requer preparo prévio do paciente e de sua família, já que envolve a aceitação do procedimento cirúrgico, preparo físico e psicológico, interferência no estilo de vida e alterações socioeconômicas em razão de afastamento do trabalho¹. Além do mais, para o paciente, o procedimento cirúrgico representa a garantia de restabelecimento de sua saúde, findando, assim, todos os desconfortos advindos de sua doença. Para isto, ele coloca sua vida nas mãos de pessoas que, para ele, são desconhecidas.

A compreensão de que a notícia da suspensão do procedimento cirúrgico gera estresse para o paciente e sua família deve nortear o processo de comunicação médico-paciente especialmente neste momento. As informações devem ser dadas da forma clara, objetiva, tendo-se o cuidado de validar com o paciente sua compreensão. A habilidade de comunicação de más notícias deve ser trabalhada durante a graduação e especialização, de forma que o residente possa apoiar o paciente durante o período de desapontamento que ocorre invariavelmente após o aviso da suspensão²².

O residente compreende esses sentimentos do paciente, mas “fica constrangido, pra gente é muito constrangedor preparar, criar ansiedade no paciente e depois falar que não vai dar para operar, que tem que voltar para a enfermaria. A gente já tá aqui, tudo pronto pra operar e, de repente, cancela. Pra gente é muito ruim ter que comunicar para o paciente que vai ter que suspender” (8R), justificando em parte a dificuldade de comunicar a suspensão ao paciente.

No momento em que recebem a notícia da suspensão da cirurgia, os pacientes reagem de diferentes formas, o que pode gerar uma atitude defensiva no residente, conforme se percebe no discurso:

“A maioria aceita, entende, [...] alguns não, [...] ficam revoltados, [...] brigando, [...] ameaçando. A gente conversa [...], dá uma atenção mais especial e se o paciente insistir em ser agressivo [...] e não for emergência, a gente dá alta pra ele. [...] É, a gente dá alta se ele começar a brigar, xingar, desrespeitar, e, se não for emergência, a gente não tem mais obrigação com ele [...]” (10R).

Um discurso assim é preocupante, pois denota um desalinhamento com diversos estudos da perspectiva da humanização e de movimentos intencionais que buscam conferir e devolver ao paciente um papel de voz ativa, participativa e de empoderamento diante do cuidado de sua saúde. O paciente expressar inconformismo, raiva ou descontentamento não deveria ser motivo para a equipe de saúde não dar continuidade ao atendimento.

Os pacientes que tiveram seu procedimento cirúrgico suspenso, muitas vezes, não demonstram indignação perante o médico, por temerem que a cirurgia seja novamente cancelada. Isto é particularmente verdadeiro em hospitais credenciados pelo SUS, quando o receio de enfrentar outra longa lista de espera para a realização da cirurgia leva os pacientes a dissimular seus reais sentimentos, apresentando atitude passiva em relação aos procedimentos terapêuticos²².

Quando um paciente procura atendimento médico, quase sempre está em busca de cuidados que não se limitam

simplesmente a livrá-lo de um mal-estar circunstancial. A relação médico–paciente nunca deixará de ser uma interação intersubjetiva experimentada por duas pessoas e, por mais assimétrica que seja, somente será eficaz se for conduzida com acolhimento, escuta, resposta e esperança de cura para o que sofre.

A quarta categoria retrata as **repercussões da suspensão cirúrgica sobre o paciente**. Com a suspensão do procedimento cirúrgico, os pacientes experienciam sentimentos desagradáveis, como insatisfação, frustração, abandono, desrespeito, o que gera maior propensão a adquirir infecções hospitalares, prolongamento do sofrimento causado pela dor e outros sintomas, além do retorno às longas filas de espera²³.

Os residentes percebem as repercussões da suspensão cirúrgica sobre o paciente relacionando-as à “insatisfação de todos eles, porque estão esperando a cirurgia... Eles têm um problema a ser resolvido, e, quando suspende, está prolongando o resultado do paciente” (1R). Além disso,

“[...] frustração. Porque você vai lá, conversa com ele, às vezes o paciente é de outra cidade, tem dificuldade para chegar até o HU e fica internado até a gente programar a cirurgia [...] e a partir daí tem todos os problemas de internação prolongada, infecção hospitalar; o hospital é KPC, aí o paciente vira KPC; aí que não opera mesmo! [...] Tem todas essas repercussões” (6R).

No momento em que o paciente se depara com a informação de que sua cirurgia não mais será realizada, potencializam-se dentro dele sentimentos de desesperança, dando origem a inúmeras consequências que se transformam em obstáculos no tratamento e na recuperação da saúde, ainda mais quando as suspensões são múltiplas. A espera para realizar o procedimento cirúrgico talvez se prolongue, o que pode influenciar no estado de saúde do paciente, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de infecções por micro-organismos resistentes a antimicrobianos, como nos casos de pacientes portadores de bactérias KPC (*KlebsiellaPneumoniae-Carbapenemase*).

Outra preocupação dos residentes é em relação à fila de espera para os procedimentos cirúrgicos, pois

“a gente tem uma demanda muito grande de pacientes esperando, muita gente esperando para operar... Tem casos desde 2007 esperando uma cirurgia, desde 2008, e está chegando cada vez mais. A suspensão cirúrgica é onerosa para a população em geral, para nós também, mas é muito mais para os pacientes que estão esperando a cirurgia” (2R).

No Brasil, a fila de espera para procedimentos médicos especializados é excessivamente longa. É possível encontrar pacientes que aguardam anos para realizar sua cirurgia. Diversas distorções, como “filas duplas” ou “segunda porta” – evidenciadas em hospitais que possuem atendimento privado e SUS, onde pode ocorrer a priorização de pacientes particulares –, favorecem a desigualdade no acesso aos procedimentos. A suspensão cirúrgica também interfere de forma negativa no tempo de espera dessas filas. Ainda assim, estratégias como realização de mutirões para reduzir filas de espera têm-se mostrado eficazes para minimizar tal problema²⁴⁻²⁵.

O residente percebe que o paciente traduz a suspensão como uma assistência deficitária e não incluída. Vê-se isso no discurso:

“O paciente fica na expectativa, e o seu sentimento é de abandono, se sente desrespeitado. Então eu tinha que suspender, e os pacientes acabam não entendendo, e eles sentem que estão em um sistema ruim de saúde e que são maltratados [...]” (3R).

As suspensões são um dado sintomático de deficiências na assistência à saúde como um todo no País, e a redução de tais taxas depende de ações amplas, como a elaboração de medidas políticas que definam maior aproveitamento dos recursos existentes e incentivo à redução das taxas de suspensões cirúrgicas.

As **estratégias para evitar a suspensão cirúrgica** formam a quinta categoria deste estudo e estão relacionadas ao planejamento da Clínica Cirúrgica, ao cuidado pré-operatório, ao aumento do quadro de profissionais e à disponibilidade de recursos materiais e insumos:

“Completar o quadro de profissional anestesista, médicos-anestesistas, daí é um problema do sistema, não é má vontade pessoal de um ou outro funcionário... Uma das sugestões é esta: funcionários suficientes para continuar o serviço [...]. A primeira sugestão seria completar o quadro de funcionários, e outra é questão de material: suspende porque não tem material. Falta o material, a gente sabe que o hospital tem verba, então a parte da gerência e parte da compra, saber controlar essa parte do material, pra solucionar a suspensão. Outra é organização nossa... Às vezes na clínica em si faltou algum exame, e por algum motivo foi suspenso. Então tem a nossa parte também, porque às vezes é suspenso porque nós não preparamos direito; se ele tem um problema pulmonar e precisa de um preparo pré-operatório, uma avaliação do especialista pneumologista e não foi feito, então a gente precisa atentar a isso”. (R3)

“Eu acho assim [...] que um checklist [...] desde o momento em que o paciente chega ao hospital, até o ato cirúrgico..., assim... vamos pensar no que a gente pode fazer pra melhorar o preparo do paciente, você tem um checklist, para suspender as drogas que o paciente usa, que poderia levar a uma suspensão da cirurgia, colher os exames adequados, então você tem uma sequência pra seguir”. (R4)

Num estudo realizado num hospital público com pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas, detectaram-se duas vertentes de causas de suspensão. Uma relacionada às emoções do paciente, como medo do desconhecido e problemas de estadia de familiares, o que leva a alterações fisiológicas pelo estresse e, conseqüentemente, à suspensão cirúrgica. Outra, ligada ao funcionamento da instituição, como falha de comunicação da equipe, falta de atenção por parte dos profissionais, falta de planejamento e falta de materiais. A pesquisa evidenciou ainda que os fatores relacionados ao próprio cliente são menos frequentes, mas não menos importantes que os relacionados à instituição – estes, sim, mais frequentes, porémevitáveis²⁰.

Estratégias como o *checklist* para pacientes cirúrgicos pode ser uma ferramenta auxiliadora do preparo pré-cirúrgico dos pacientes de forma satisfatória. Assim se poderia minimizar a suspensão em razão das condições clínicas desfavoráveis, uma das maiores causas na instituição onde se fez esta pesquisa.

O sucateamento dos recursos físicos, a falta de insumos e o quantitativo de profissionais alocados na instituição hospitalar são, sem dúvida, problemas enfrentados por instituições públicas de assistência à saúde. Eles podem ser solucionados por ações conjuntas dos gestores das instituições locais e gestores estaduais, alocando de forma certa e consciente a verba existente para a saúde.

Percebemos que, não raro, as alegadas causas da suspensão de uma cirurgia poderiam ser evitadas caso houvesse melhora no planejamento cirúrgico e na comunicação entre as unidades e o centro cirúrgico e entre o paciente e os profissionais de saúde.

Uma estratégia a ser considerada seria implantar nas instituições comitês internos que analisem a suspensão, suas taxas e causas, e definam estratégias e recomendações que visem à diminuição destas taxas. O sucesso da implantação de “times de resposta rápida” para atender pacientes em situações críticas tem sido muito bem documentado em diferentes instituições. Semelhantemente, sugere-se a criação de “times de suspensão” que abordem a problemática da suspensão cirúrgica com intencionalidade e proatividade, mediante planejamento e ações que reduzam as repercussões deletérias para o

paciente, família e profissionais de saúde envolvidos em todo o processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas possibilitou maior compreensão das repercussões da suspensão cirúrgica na perspectiva dos residentes de várias especialidades cirúrgicas. Foi possível a construção de cinco categorias de análise: repercussões da suspensão cirúrgica para o residente; sentimentos relacionados à suspensão cirúrgica; comunicação da suspensão para o paciente; repercussões da suspensão cirúrgica sobre o paciente; e estratégias para evitar a suspensão cirúrgica.

Os discursos evidenciam que o residente reconhece as repercussões da suspensão na diminuição de sua curva de aprendizado, contrariando os objetivos do programa de residência médica. Por outro lado, o residente também identifica o sofrimento que a suspensão causa ao paciente e a sua família, assim como os efeitos deletérios das altas taxas de suspensão para as instituições de saúde.

Por ser diariamente o profissional responsável pelo agendamento e cancelamento dos procedimentos cirúrgicos, o residente enfrenta com frequência dificuldades na comunicação de más notícias. Estes resultados sinalizam a necessidade de um preparo maior durante a formação médica, tanto para uma reflexão sobre a temática, como para a discussão de alternativas de prevenção destes eventos.

REFERÊNCIAS

1. Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: estudo exploratório. Rev. Latino-am Enfermagem. 2000;8(4):59-65.
2. Callegaro GD, Baggio MA, Nascimento KC, Erdmann AL. Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. Rev. RENE. 2010;11(3):132-42.
3. Barbeiro FMS. Por que as cirurgias são suspensas? Uma investigação sobre taxas, as causas e conseqüências em um Hospital Geral do Rio de Janeiro. R. pesq.: cuid. fundam 2010;2(4):1353-62.
4. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. Rev Latino-amEnferm 2007; 15(5):48-53.
5. Pittelkow E, Carvalho R. Cancelamento de cirurgias em um hospital da rede pública Einstein (São Paulo)2009;6(4):416-21.
6. Fonseca KAD, Oliveira LBJ, Beraldo AFCA, Araújo DAC. Indicadores hospitalares: monitoramento e análise do cancelamento das cirurgias pactuadas do HU/CAS - UFJF com o PRO-HOSP. HU Revista. 2009;35(3):199-207.

7. Landim FM, Paiva FDS, Fiuza MLT, Oliveira EP, Pereira JG, Siqueira IA. Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2009;36(4):283-7.
8. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Rev. esc. enferm. USP.* 2007;41(1):113-9.
9. Nascimento LA, Tramontini CC, Garanhani ML. O processo de aprendizagem do residente de anesthesiologia: uma reflexão sobre o cuidado ao paciente. *Rev. bras. educ. med.* 2011;35(3):350-8.
10. Barbosa MH, Miranda GDM, Vieira AE, Mattia AL. Análise da suspensão de cirurgias em um hospital de ensino. *Enferm. glob.* 2012;11(26):164-73.
11. Paschoal MLH, Gatto MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006;14(1):48-53.
12. Bonacim CAG, Araujo AMP. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. *Rev. adm. empres.* 2009;49(4):419-33.
13. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22.ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
14. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 5.ed. São Paulo: Centauro; 2005.
15. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Manual do médico residente. 3.ed. Rio de Janeiro: CREMERJ; 2008.
16. Ramos-Cerqueira ATA, Lima MCP. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface (Botucatu).* 2002;6(11):107-16.
17. Gonçalves JC. Qualidade da Comunicação na Interação Profissional-cliente em Encontros de Serviços. *Duc In Altum Rev Ciência e Conhecimento* 2003;3(1).
18. Silva WV, Nakata S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Rev. bras. enferm.* 2005;58(6):673-6.
19. Nonino A, Magalhaes SG, Falcão DP. Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão da literatura. *Rev. bras. educ. med.* 2012;36(2):228-33.
20. Antonio PS, Munari DB, Costa HK. Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2002;4(1):33-9.
21. Soar FEJ. A interação médico-paciente. *Rev Assoc Med Bras* 1998;44(1):35-42.
22. Garcia ACKA, Nascimento LA, Fonseca LF. Percepção do Paciente Frente à Suspensão de sua Cirurgia. *Revista Espaço para a Saúde* 2011; 12 (supl. 1):153.
23. Bianchi ERF. Estudo exploratório sobre a suspensão de cirurgia: a comunicação da suspensão e a reação relatada pelo paciente frente ao fato. São Paulo; 1983. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
24. Junior KMAS, Tomita S, Kos AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2005;71(3):256-62.
25. Teixeira ME, Patricio RG. O Fenômeno da “fila dupla” ou “segunda porta” no sistema único de saúde e a inobservância ao princípio da impessoalidade: um exercício de aproximação de conceitos. *Rev. Direito Sanit.* 2011;11(3):50-62.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Leonel Alves do Nascimento - Elaboração do projeto de pesquisa, realização das entrevistas, transcrição e análise dos dados. Lígia Fahl Fonseca - Orientação na concepção do projeto de pesquisa, análise e redação do manuscrito final. Ana Carolina KorkiArrabal Garcia - Análise e construção do manuscrito final.

CONFLITO DE INTERESSES

Não existem conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Leonel Alves do Nascimento
Rua Rio Grande do Sul, 649
Centro – Londrina
CEP 86026-080 – PR
E-mail: leonel_lan@hotmail.com