**A ESPERA POR PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS CARDÍACOS NO HOSPITAL GERAL: ATRAVESSAMENTOS DO SUS E NA BIOÉTICA**

Nayara Gabriela Silvério Souza[[1]](#footnote-1)

Waldo Franco Ferreira[[2]](#footnote-2)

Isabella Drummond Oliveira Laterza Alves[[3]](#footnote-3)

**RESUMO**

As doenças cardiovasculares (DCV) foi em 2013 a segunda causa entre as internações no Brasil. Em 2016, representaram, em média, 81,88% das entradas nos hospitais públicos. Não raro, são realizadas operações cirúrgicas de alto custo, necessárias para tratar as DCV. Ressalta-se que não tem-se o número exato de pessoas que estão nas filas de esperas para a realização de tais procedimentos, e que estão hospitalizadas aguardando. O objetivo desse trabalho é analisar as produções científicas publicadas, no Brasil, acerca da atuação de psicólogos, considerando os princípios da Bioética e SUS, na espera para procedimentos cirúrgicos cardíacos no hospital geral. Após realizar a busca nas bases de dados SciELO, LILACS, MEDLINE E PEPSIC, somente um artigo foi encontrado e analisado o que possibilitou afirmar que não há trabalhos que busquem refletir sobre o agir bioético, considerando os princípios do SUS.

**Palavras-chave:** Cirurgia Cardíaca. Psicologia. Bioética. SUS. Espera.

***ABSTRACT***

*Cardiovascular diseases (CVD) was in 2013 the second cause among hospitalizations in Brazil. In 2016, they represented, on average, 81.88% of public hospital admissions. Often, costly surgical operations are required to treat CVD. It is noteworthy that there is no exact number of people who are waiting in line for such procedures and who are hospitalized waiting. The objective of this work is to analyze the scientific productions published in Brazil about the performance of psychologists, considering the principles of Bioethics and SUS, waiting for cardiac surgical procedures in the general hospital. After searching the SciELO, LILACS, MEDLINE and PEPSIC databases, only one article was found and analyzed, which made it possible to state that there are no studies that seek to reflect on bioethical action, considering the principles of SUS.*

***Keywords:*** *Cardiac surgery. Psychology. Bioethics. SUS. Wait.*

# INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo, e em 2013 a segunda causa entre as internações no Brasil. Em 2015, estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram em decorrência de doenças cardiovasculares, o que representa 31% de todas as mortes em nível global, de acordo com os dados revisados de 2017 da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS- Brasil) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 2013, ocorreram no Brasil 1.138.670 óbitos, 339.672 (29,8%) dos quais decorrentes de DCV. Os dois principais grupos de óbitos por DCV são as doenças isquêmicas do coração (DIC) e as doenças cerebrovasculares (DCBV) (ROCHA, 2017).

De acordo com os dados da OPAS- Brasil e OMS, revisado em 2017:

As doenças cardiovasculares são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e incluem: Doença coronariana – doença dos vasos sanguíneos que irrigam o músculo cardíaco; Doença cerebrovascular – doença dos vasos sanguíneos que irrigam o cérebro; Doença arterial periférica – doença dos vasos sanguíneos que irrigam os membros superiores e inferiores; Doença cardíaca reumática – danos no músculo do coração e válvulas cardíacas devido à febre reumática, causada por bactérias estreptocócicas; Cardiopatia congênita – malformações na estrutura do coração existentes desde o momento do nascimento; Trombose venosa profunda e embolia pulmonar – coágulos sanguíneos nas veias das pernas, que podem se desalojar e se mover para o coração e pulmões.

Considera-se como mais importantes fatores de risco comportamentais, tanto para doenças cardíacas quanto para acidente vascular cerebral (AVC): dietas inadequadas, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, tabagismo e uso excessivo de álcool (OPAS-Brasil; OMS, 2017). Nesse sentido, ações realizadas na atenção básica[[4]](#footnote-4) e secundária através dos serviços de saúde é fundamental para o diagnóstico e tratamento precoce das DCV, são medidas preventivas que podem ajudar a diminuir o número de óbitos por DCV (ROCHA, 2017). Porém, diferentemente das pessoas que vivem em países de alta renda, pessoas de países de baixa e média renda muitas vezes não têm o benefício dos programas integrados de atenção primária para a detecção e tratamento precoce dos indivíduos expostos aos fatores de risco (OPAS-Brasil; OMS, 2017).

De acordo com Rocha (2017), a Organização Mundial da Saúde estabeleceu como meta a redução de 25% das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), até o ano de 2025, entre elas as doenças cardiovasculares. Para isso, algumas intervenções consideradas rentáveis e viáveis para implementação, mesmo em países de baixa renda foram identificadas pela OMS para prevenção e controle de DCV, tais como: políticas para controle do tabaco, estratégias para reduzir o uso nocivo de álcool, construção de vias para caminhada e ciclismo, entre outros. Atualmente, a aplicação dessas intervenções apresenta grandes deficiências, sobretudo no nível da atenção primária (OPAS, Brasil; OMS; 2017).

Considerando a atenção terciária, em 2016, as internações em regime de urgência no Brasil para tratar doenças cardiovasculares - DCV representaram, em média, 81,88% das entradas nos hospitais públicos, segundo levantamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

A partir dos dados da OPAS- Brasil e OMS (2017), não raro, são realizadas operações cirúrgicas de alto custo são necessárias para tratar doenças cardiovasculares, incluindo: Cirurgia de revascularização cardíaca; Angioplastia com balão (na qual um pequeno dispositivo em forma de balão é colocado em uma artéria obstruída para reabri-la); Reparação e substituição da válvula cardíaca; Transplante de coração; Implantação de coração artificial; Dispositivos médicos são requeridos para tratar algumas doenças cardiovasculares, incluindo: marca-passo, válvulas protéticas e encaixes para fechar cavidades no coração.

Somente em maio de 2019, segundo dados do DATASUS, foram realizados 25.551 procedimentos cirúrgicos no sistema circulatório, desses 12.096 foram realizados na região Sudeste. Porém, muitos também são os casos de espera, no ano de 2017, para a realização de procedimentos eletivos cerca de 904 mil pessoas aguardavam na fila, segundo pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina.

Como pôde ser apresentado, ao se referir a doenças cardiovasculares até o momento foi apresentado os níveis de atenção envolvidos em relação as doenças cardiovasculares, sendo elas: Atenção Primária ou Atenção Básica, Atenção Secundária e Atenção Terciária. Esses níveis se referem a Saúde Pública que tem seu funcionamento estreitamente vinculado aos movimentos políticos, sociais e econômicos do país, bem como, sendo atrelada as tendências vigentes da sociedade a partir das necessidades e contextos presentes.

Para Vasconcellos (2000 apud Borges, 2002), a Saúde Pública está inserida no campo das políticas públicas de responsabilidade pública e como direito social, entendida como uma política social de proteção às pessoas. E nesse sentido, introduziremos um pouco sobre o que esse trabalho pretende, que é realizar uma análise do que tem sido publicado acerca da atuação profissional do psicólogo em hospitais gerais, junto a pacientes que esperam por procedimentos cirúrgicos cardíacos, e para isso será utilizado a Lei nº. 8.080/1990, e a Bioética como instrumentos de referência e discussão.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi desenvolvido por meio da pressão dos movimentos sociais que entenderam que a saúde é um direito de todos, uma vez que, anteriormente à Constituição Federal de 1988, a saúde pública estava ligada a previdência social e a filantropia (SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2015).

Esse sistema se alicerça por meio de um conjunto de princípios[[5]](#footnote-5) como a *Universalidade* do acesso a todos, a *Equidade,* o direito de igual de cada um dos usuários e a *Integralidade,* que é concebida como um conceito articulador do SUS, criado pela Lei nº. 8.080/1990. Assim, o SUS é uma revolução no que diz respeito a Saúde e ao Direito.

De acordo com a [Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html), instituída por meio da Portaria n**º**3.390, de 30 de dezembro de 2013,  que estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considera que "os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica especifica, 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 (...)".

A compreensão histórica sobre a criação de hospitais ajuda a entender como se dá a organização hospitalar atual. Ainda se tem a perspectiva que no ambiente hospitalar espera-se que os pacientes cheguem com questões orgânicas para se tratar: doenças crônicas ou agudas, ferimentos, etc, (JUCÁ-VASCONCELOS, 2010) porém, no iniciou-se na década de 1950 a atuação do psicólogo no hospital geral, o que possibilitou abranger esse olhar aos pacientes hospitalizados, e também iniciou um trabalho junto a equipe de profissionais para realizar uma assistência integral a esses pacientes, tendo como objetivo principal a “minimização do sofrimento provocado pela hospitalização” (ANGERAMI- CAMON, 2001).

O Código de Ética dos Psicólogos (2005), em seus princípios fundamentais, estabelece que a(o) psicóloga(o) “trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. E, ainda, que atuará com:

[...] responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural e baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos (CFP, 2005).

No que diz respeito a Psicologia Hospitalar, citado na referência técnica para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do sus (2019):

É o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. O adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um "real", de natureza patológica, denominado "doença", presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família e na equipe de profissionais (SIMONETTI, 2004, p. 15, apud CREPOP, 2019).

Dessa forma, entende-se a doença em sua dimensão biopsicossocial, de forma interdependente e inter-relacionada, com toda complexidade que lhe é inerente, considerando nesse contexto a família, a equipe hospitalar e o paciente e não mais somente a doença. Rocha (2004), salienta que o cuidado não pode ser descontextualizado, portanto, há que se considerar os fatores inerentes de cada instituição hospitalar na qual estes personagens estão circunscritos.

E assim como afirma os autores do documento produzido pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), disponível para consulta pública: podemos acrescentar ao contexto de adoecimento, o conhecimento e consideração das políticas públicas de saúde e os princípios do SUS, que afetam sobremaneira todos os envolvidos. (2019).

Nesse ínterim, o Ministério da Saúde iniciou a elaboração de Programas de Residência para Áreas da Saúde, nos quais constava a Psicologia em 1976, considerando os diversos trabalhos realizados no âmbito hospitalar, incluindo hospitais de especialidade como o Instituto do Coração, e também em hospitais infantis políticas de humanização em hospitais da rede pública de saúde (METTEL, 2007, apud AZEVÊDO; CREPALDI, 2016). Entretanto, a proposta não apresentou avanços e foi arquivada. Posteriormente, ocorreu o surgimento das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, por meio da Lei nº 11.129 de 2005, na qual foi incluída a Psicologia pelo fato de ser considerada profissão da área da saúde (Brasil, 2005, apud AZEVÊDO; CREPALDI, 2016).

Assim a(o) psicóloga(o) hospitalar é parte importante de uma equipe multiprofissional que atue na lógica interdisciplinar, conforme consta na lista abaixo entre outras funções e atribuições da(o) psicóloga(o) hospitalar, definidas pelo CFP em conjunto com a SBPH, citado pelo CREPOP, a(o) psicóloga(o) hospitalar:

- Atua em instituições de saúde nos níveis secundário e terciário;

- Atua em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e pesquisa visando aperfeiçoamento ou especialização dos profissionais;

- Atende a pacientes e familiares, membros de equipe multidisciplinar, alunos e pesquisadores quando estes estão em pesquisa de campo;

- Avalia e acompanha intercorrências psíquicas quando o paciente está em tratamento;

- Favorece a promoção e recuperação da saúde física e mental, promove intervenção para melhorar a relação médico/paciente/família;

- Atende pacientes clínicos/cirúrgicos em diferentes especialidades;

- Realiza atendimento psicoterapêutico, grupos, psicoprofilaxia, avaliação diagnóstica, interconsultas;

- Trabalha em ambulatório, enfermarias, PS, UTI, UCO e atua de forma interdisciplinar. (SBPH – Web Site). (Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP)- CONSULTA PÚBLICA, 2019)

Considerando o que foi apresentado até o momento nessa introdução, muitos são os números de casos de DCV, inclusive os dados relativos aos óbitos. O país tem buscado desenvolver medidas de intervenção para minimizar os números e também tem incluído equipe de psicólogos para atuar na atenção básica, afim de minimizar também o sofrimento e buscar humanizar o cuidado, assim como nos hospitais, respaldados por leis e diretrizes que definem princípios para atuação. Ressalta-se que são apresentados os números de procedimentos realizados em relação a cirurgias cardíacas, porém, não tem-se o número exato de pessoas que estão nas filas de esperas para a realização de tais procedimentos, e que estão hospitalizadas aguardando.

Nesse sentido, antes de adentrar no aspecto da espera no hospital geral, e a atuação do profissional que será compreendida a partir da pesquisa bibliográfica que pretendeu-se fazer, apresentamos outra importante referência para se pensar na atuação do psicólogo que é a Bioética, afim de posteriormente relacionar os princípios do SUS, da Bioética na atuação do psicólogo junto a pacientes que esperam por procedimentos cardíacos.

A Bioética, é uma ciência proposta por Van R. Potter, que tem como um objetivo facilitar o enfrentamento de questões éticas/bioéticas que surgirão na vida profissional indicando os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente propostas, denunciar os riscos das possíveis aplicações, (LEONE; PRIVITERA; CUNHA, 2001; apud JUNQUEIRA, 2015).

Para Vieira e Verdi (2001), frequentemente, o termo Bioética se referiu - e ainda refere-se para alguns - aos problemas éticos derivados das descobertas e das aplicações das ciências biológicas. Entretanto, hoje, a Bioética pretende seguir além, objetivando:

a procura de um comportamento responsável de parte daquelas pessoas que devem decidir tipos de tratamento e de pesquisa com relação à humanidade... Tendo descartado em nome da objetividade qualquer forma de subjetividade, sentimentos ou mitos, a racionalidade científica não pode – sozinha - estabelecer os fundamentos da bioética... Além da honestidade, do rigor científico ou da procura da verdade – pré-requisitos de uma boa formação científica – a reflexão bioética pressupõe algumas questões humanas que não estão incluídas nos currículos universitários. (Berlinguer, 1993, p.19, apud Vieira e Verdi, 2011)

Os processos de desenvolvimento da Bioética e da Saúde Pública/Coletiva brasileira percorreram caminhos paralelos, que, num determinado momento, passaram a se relacionar, devido à aproximação de temas comuns, como a questão da equidade em saúde e do direito à saúde (VIEIRA; VERDI, 2011). Junqueira (2015) ressalta que o fundamento da Bioética é o respeito pela vida humana para isso são utilizados princípios para facilitar o nosso processo de estudo e de decisão sobre os diversos temas de Bioética. Sendo eles, de acordo com Junqueira (2015):

***Beneficência/Não maleficência***: o benefício (e o não malefício) do paciente (e da sociedade) sempre foi a principal razão do exercício das profissões que envolvem a saúde das pessoas (física ou psicológica); ***Autonomia***: de acordo com esse princípio, as pessoas têm “liberdade de decisão” sobre sua vida. A autonomia é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas. ***Justiça***: Este se refere à igualdade de tratamento e à justa distribuição das verbas do Estado para a saúde, a pesquisa etc. Costumamos acrescentar outro conceito ao de justiça: o conceito de equidade que representa dar a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades, ou seja, incorpora-se a ideia de que as pessoas são diferentes e que, portanto, também são diferentes as suas necessidades.

No que diz respeito a inserção da Psicologia no hospital ressalta-se a atualidade dos escritos de Angerami-Camon (2001) “A Psicologia ao ser inserida no hospital reviu seus próprios postulados adquirindo conceitos e questionamentos que fizeram dela um novo escoramento na busca da compreensão da existência humana.” Portanto, sua atuação deve estar pautada em um agir ético, considerando os espaços em que está inserido, nesse caso o Hospital Geral, da Saúde Pública e portanto, regido pelo SUS, assim, o profissional deve conhecer os princípios desse sistema, e também da bioética para intervir junto aos pacientes.

Nesse sentido, o objetivo desse trabalho foi analisar o que tem sido publicado de produções científicas, no Brasil, acerca da atuação de psicólogos, considerando os princípios da Bioética e SUS, na espera para procedimentos cirúrgicos cardíacos no hospital geral.

Uma pesquisa surge a partir de indagações e inquietações que se dão na vivência com situações que nos instigam a entender a dinâmica que envolve aquele cenário que se quer investigar. O referencial teórico permite verificar o estado do problema a ser pesquisado, sob o aspecto teórico e de outros estudos e pesquisas já realizados (LAKATOS; MARCONI, 2003).

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo procedimento adotado foi um resgate bibliográfico do que vem sendo estudado e publicado sobre a atuação do(a) psicólogo(a) junto a pacientes que esperam para serem submetidos a cirurgia cardíaca no hospital geral, utilizando uma perspectiva Bioética e pressupostos do SUS para se ter como embasamento. Para isso, utilizou-se metodologicamente da pesquisa bibliográfica, aplicada nas bases de dados SciELO, LILACS, MEDLINE E PEPSIC, procurando compreender mais sobre o estado da arte do mesmo, considerando o objetivo do estudo.

Foram incluídas publicações pertencentes ao grupo de interesse para a temática pesquisada, como: Artigos; Teses e Dissertações; Pesquisas Bibliográficas; Resenhas. Os Critérios de exclusão: Publicações que não são brasileiras, publicações que tem mais de 10 anos, revisão de literatura e aquelas que fogem a temática proposta.

Para tal utilizou-se o cruzamento dos seguintes descritores: Psicologia, SUS, Pacientes, Bioética, Espera e Cirurgia Cardíaca.

Finalizada a etapa de construção dos dados, foi iniciada sua análise qualitativa a partir da análise de conteúdo de Bardin (1995) compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento (CAMPOS, 2004). Para isso, seguiu-se os seguintes passos (BARDIN *apud* OLIVEIRA et. al., 2003): *leitura flutuante:* para realizar a apropriação do texto, o pesquisador estabelece várias idas e vindas entre o documento analisado e as suas próprias anotações, até que comecem a emergir os contornos de suas primeiras unidades de sentido; *definição das unidades de registro*: podem ser constituídas por palavras, conjunto de palavras ou temas; *definição das categorias*: a categorização produz classes que reúnem um grupo de elementos da unidade de registro.

As classes são compiladas a partir da correspondência entre a significação, a lógica do senso comum e a orientação teórica do pesquisador, podendo ser definidas a priori ou a posteriori; *análise de frequência*: pode ser feita intergrupo ou intragrupo, sendo realizada a contagem de cada unidade de sentido que aparecer no texto. A ordem de aparição da unidade de sentido no texto poderá ou não ser considerada na contagem considerando a frequência que aparece.

# DESENVOLVIMENTO

Como resultados, na SciELO foram encontrados 2 artigos: **“**A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva” (1999) e “Ser-paciente-a-espera-da-cirurgia-cardíaca: o período pré-operatório na perspectiva heideggeriana” (2018), porém, um foi descartado devido ao ano de publicação (1999) e o outro trata-se de um artigo relativo ao trabalho de enfermeiros atuando junto a pacientes no pré-operatório de cirurgias de revascularização miocárdica ou troca de válvulas, nesse caso os pacientes já estavam cientes da data da cirurgia. Como o objetivo desse trabalho é analisar as publicações referentes ao trabalho do psicólogo junto a pacientes que esperam pela cirurgia, esse artigo também foi descartado.

Na plataforma LILACS, 5 foram os resultados: “A Vida por um Fio: Percepções Sobre o Implante de Marcapasso Cardíaco Permanente” (2016); “Qualidade de Vida e Cardiopatia Congênita na Infância e Adolescência” (2014); “Orientação multidisciplinar a paciente de pré-operatório cardíaco: o que muda nos pós operatório?” (2012); “Controle instrucional e relaxamento como preparo psicológico pré-cirúrgico para portadores de cardiopatia” (2011) e “Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde-SUS (2010)”.

Após realizar a leitura, o artigo “A Vida por um Fio: Percepções Sobre o Implante de Marcapasso Cardíaco Permanente” foi descartado por se tratar de um estudo com pacientes que já passaram por cirurgia cardíaca, ressalta-se que nesse trabalho, os autores concluem sobre a importância de um trabalho anterior a cirurgia com os pacientes, no pré-operatório ou durante a espera (quando não se tem uma data definida) o artigo “Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde-SUS” fora descartado pelo mesmo motivo.

O artigo “Qualidade de Vida e Cardiopatia Congênita na Infância e Adolescência” também foi descartado para esse estudo, pois trata-se de um estude de revisão de literatura. O artigo “Orientação multidisciplinar a paciente de pré-operatório cardíaco: o que muda nos pós operatório?” Foi descartado por não ser possível realizar a leitura do artigo. Assim, somente o artigo “Controle instrucional e relaxamento como preparo psicológico pré-cirúrgico para portadores de cardiopatia” (2011), da LILACS, será utilizado para discussão nesse trabalho.

Na MEDLINE, nenhum artigo foi encontrado. Na PEPSIC, 2 foram os resultados: “Qualidade de vida em pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca” (2013), descartado por se tratar de um trabalho realizado junto a paciente em pós operatório. E “A TCC no pré e pós operatório de cirurgia cardiovascular” (2010) descartada por se tratar de uma revisão de literatura. De um total de 9 artigos encontrados, somente 1 foi aproveitado para esse estudo. O que já demonstra a necessidade de realização de mais estudos junto a pacientes que esperam por procedimentos cirúrgicos, especialmente os de cirurgia cardíaca.

Como parte do percurso metodológico adotado, iniciou-se a análise de conteúdo do artigo selecionado. O artigo “Controle instrucional e relaxamento como preparo psicológico pré-cirúrgico para portadores de cardiopatia”, publicado em 2011, produzido por Maria Estela Martins Silva e Norma Sant’Ana Zakir, trata-se de um estudo cujo objetivo foi verificar o efeito de um preparo psicológico pré cirúrgico breve – baseado em instrução e relaxamento no comportamento ao despertar da anestesia, no grau de ansiedade e de stress, e na evolução clínica de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Ressalta-se que o objetivo não é compreender o processo de espera do paciente que será submetido a cirurgia, mas sim, possibilitar melhor recuperação no pós cirúrgico. No estudo de Silva e Zakir (2011), participaram 20 pessoas de ambos os sexos, portadoras de doença cardíaca com indicação para cirurgia de revascularização do miocárdio e/ou troca valvar, com idade entre 51 e 73 anos, de nível socioeconômico de baixo a médio-alto. E foi utilizado instrumentos como: inventário de ansiedade de Beck traduzido, adaptado, validado e normatizado no Brasil por Cunha (1999); exame laboratorial do nível de cortisol sanguíneo; formulário do profissional de saúde, onde alguns comportamentos emitidos no ambiente da UTI foram classificados pela equipe de saúde (psicóloga, médico e enfermeira) e a ficha de acompanhamento da evolução clínica.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos do presente trabalho, o artigo selecionado por mais que traga uma proposta de trabalho junto a pacientes em pré operatório, após realizar a análise, é visto que o objetivo real é no pós operatório, desconsiderando processos significativos em decorrência do adoecimento no pré operatório, e ainda, na espera pelo procedimento cirúrgico cardíaco. Também não é abordado as condições políticas do hospital, se é de origem pública ou privada, afinal, tais aspectos podem influenciar no atendimento e curso do adoecimento.

Por fim, não é salientado uma compreensão holística do paciente, considerando familiares e a própria equipe, entende-se que o objetivo do trabalho está em desenvolver técnicas para preparo no pré operatório para que o pós operatório seja satisfatório. Porém, é importante considerar a importância do pré operatório na perspectiva do paciente, considerando os recursos que o mesmo tem, é importante salientar o agir ético, não apenas para colocá-los em um estudo, mas agir bioeticamente, considerando a importância do estudo realizado para um fazer bioético em que a pessoa é respeitada.

O que ficou de análise desse artigo, e que tem relação com a pesquisa que se propôs fazer nesse estudo, é que não se tem ainda trabalhos cujo objetivo é refletir sobre o agir bioético, considerando os princípios do SUS, que no Brasil é referência para a Saúde, e que busca regular a assistência e o direito à saúde de qualidade, deve-se assim buscar desenvolver trabalhos junto a pacientes que esperam por procedimentos de cirurgia cardíaca, estando muitos alocados nos hospitais gerais, sem nem mesmo saber o dia que será feito a cirurgia, e ainda outros que aguardam em casa, tendo por vezes somente um respaldo de profissionais da Atenção Básica.

Cuidar da pessoa em contexto de adoecimento pressupõe estar atento aos comportamentos, pensamentos, sentimentos, desejos, sonhos, lembranças, crenças, discurso, entre tantos outros aspectos que estão envolvidos na construção dessa pessoa, independentemente se são causa, consequência ou forma de manutenção da doença.

O hospital, o processo de hospitalização e o tratamento inerente que visa ao restabelecimento, salvo os casos de doenças crônicas e degenerativas, não fazem parte dos projetos existenciais da maioria das pessoas, de acordo com Angerami- Camon (2001), para esse autor, em relação ao paciente cirúrgico: que ninguém se deixe enganar pela contenção emocional de um paciente cirúrgico. Não importando o grau de imperturbabilidade de sua aparência, subjacente a ela há um medo e um pavor terríveis. Esses pacientes tem medo da dor, e da anestesia, de ficar desfigurado ou incapacitado, tem medo de mostrar o medo, e medo de mil e uma coisas, sobretudo, tem medo de morrer (ANGERAMI-CAMON, 2001).

Considera-se a importância da confiança e da autorização para a relação entre a equipe de saúde e o paciente (ANGERAMI-CAMON, 2001) e nesse sentido, considera importante conhecer o paciente, os seus direitos, e como cuidar do mesmo. Considera-se importante atuar com o paciente considerando os princípios do SUS que estão diretamente atrelados aos cuidados do paciente, e também os princípios bioéticos que asseguram o respeito a pessoa humana do paciente.

Porém, esse é um estudo que através do levantamento bibliográfico das publicações, não se teve um resultado satisfatório, o que percebe-se é a escassez de trabalhos junto a pacientes que esperam por procedimentos cirúrgicos, principalmente nos hospitais, falta estudos de profissionais de Psicologia atuando e apresentando como os mesmos atuam no SUS e tendo um agir bioético nesse sistema.

# REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V.A. O psicólogo no hospital. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. TRUCHARTE, F.A.R. KNIJNIK,R.B. SEBASTIANI,R.W. **Psicologia Hospitalar teoria e prática**. 4° reimpr. Da 1°ed, 1994. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

AZEVEDO, A. V. S; CREPALDI, M. A. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos.**Estud. psicol. (Campinas)**. Campinas.  v. 33, n. 4, p. 573-585,  Dez.  2016 .

 BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1995.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.* Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\_30\_12\_2013.html>. Acesso em: 4 set. 2019.

BORGES, C.C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúda da Família (PSF)**. Dissertação de mestrado não publicada, Ribeirão Preto/USP. 2002. Disponível em < http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-01072002-091835/pt-br.php> Acesso em 2 de set.2019.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde.**Rev. bras. enferm.**,  Brasília ,  v. 57, n. 5, p. 611-614,  Out.  2004 .

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Crise no SUS: Brasil tem mais de 900 mil cirurgias eletivas represadas.** [internet].Disponível em < https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\_content&view=article&id=27314:crise-no-sus-brasil-tem-mais-de-900-mil-cirurgias-eletivas-represadas&catid=3> Acesso em 2 de set. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). (2012). Referência técnica para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS: versão preliminar para consulta pública. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP. (2007). Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. 2019.

Código de Ética Profissional do Psicólogo. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, agosto de 2005.

JUCÁ-VASCONCELOS, H. P. Reflexões sobre o hospital geral: um olhar psi e histórico. **Revista IGT na Rede**, v.7, n° 13, 2010, p. 368- 382. Disponível em < http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=285&layout=html>. Acesso em 03 de set.2019.

JUNQUEIRA, C. R. **Bioética**. [internet].2015. Disponível em < https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\_virtual/esf/2/unidades\_conteudos/unidade18/unidade18.pdf>. Acesso em 03 de set. 2019.

LAKATOS, E. M. ;MARCONI,M. de A..**Fundamentos de pesquisa metodológica científica***.*São Paulo: Atlas, 2003.

OLIVEIRA, E.; ENS, R.T.; ANDRADE, D.B.S.F; MUSSIS, C.R. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba/PR, v. 4, n.9, p.11-27, maio/ago. 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) - Brasil. **Doenças Cardiovasculares.** Brasília, DF, 2017. Disponível em < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096>. Acesso em 2 de set.2019.

ROCHA, R.M. Epidemiologia das doenças cardiovasculares e fatores de risco. In: **Manual de prevenção cardiovascular. 1° ed. São Paulo**: Planmark; Rio de Janeiro: SOCERJ - Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2017. p. 10-15.

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. SUS. [internet]. Disponível em< http://www.saude.mg.gov.br/sus#>. Acesso em 03 de set.2019.

VIEIRA, J. B; VERDI, M. I. M. Interfaces entre Saúde Coletiva e Bioética a partir de um estudo da publicação de autores vinculados à pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil.**Interface (Botucatu)**, Botucatu ,  v. 15, n. 36, p. 21-38,  març. 2011 .

**O conteúdo expresso no trabalho é de inteira responsabilidade do(s) autor(es).**

1. - Acadêmica do curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Ituiutaba – *e-mail*: nayaragabriela97@gmail.com [↑](#footnote-ref-1)
2. - Acadêmico do curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Ituiutaba – *e-mail*: waldofferreira@yahoo.com.br [↑](#footnote-ref-2)
3. - Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Docente na Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Ituiutaba – *e-mail*: isabelladrummond@gmail.com [↑](#footnote-ref-3)
4. A Atenção Primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade feito nos hospitais. A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

A Atenção Terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumato-ortopedia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivo). Fonte: [internet] <http://www.saude.mg.gov.br/sus> [↑](#footnote-ref-4)
5. **Universalização**: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

**Equidade**: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

**Integralidade**: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. [↑](#footnote-ref-5)