

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**QUALIDADE DE VIDA PÓS-OPERATÓRIA DE PACIENTES
SUBMETIDOS A CIRURGIAS ELETIVAS DE COLECISTECTOMIA,
VARIZES E CORREÇÃO DE HÉRNIAS**

Discente: Karla Cristina de Oliveira Almeida

Orientador: Profa. Dra. Vanessa de Brito Poveda

Coorientador: Profa. Dra. Cassiane de Santana Lemos

São Paulo

2022

1. INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento tecnológico e as possibilidades de diferentes técnicas cirúrgicas, o número de procedimentos cirúrgicos tem crescido de forma importante nos últimos anos, exigindo estrutura para o atendimento dos indivíduos (ALKIRE, 2015). Contudo, o acesso ao serviço cirúrgico é desigual nas diferentes regiões do mundo, estima-se que cinco bilhões de pessoas não possuem cuidados cirúrgicos e anestésicos seguros quando necessário, o que impacta diretamente nas condições de saúde das populações (MEARA, 2015).

No Brasil, estimou-se em 2017 uma lista de espera de mais de 900 mil procedimentos cirúrgicos eletivos, com destaque para colecistectomia, hérnias e correção de varizes (CRM-TO, 2017). Quadro que se agravou em 2020, devido a estimativa de não execução de 928 mil cirurgias eletivas (TRUCHE, 2021), além da menor procura dos indivíduos pelos serviços de saúde em decorrência do medo da contaminação pelo Covid-19, sugerindo um número ainda maior de indivíduos com indicação cirúrgica que não foram assistidos (KOCH, 2022).

Decretada em março de 2020 no Brasil, a pandemia de Covid-19 gerou a adoção de medidas profiláticas de enfrentamento, por meio de barreiras físicas e biológicas, objetivando reduzir o número de indivíduos contaminados pelo vírus Sars-Cov-2. Entretanto, as determinações não foram suficientes para evitar a alta taxa de disseminação da doença, fato que contribuiu para o surgimento de novas cepas, com consequente aumento de sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus profissionais (TRUCHE, 2021). No mesmo ano, as autoridades em saúde optaram pelo cancelamento e/ou adiamento na realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, a fim de que o sistema de saúde poupasse recursos humanos e hospitalares durante a vigência da pandemia (FRIO, 2022).

Assim, a pandemia do novo coronavírus impactou serviços de saúde globais, obrigando-os a organizarem-se diante da nova necessidade em saúde. Estima-se que 28 milhões de procedimentos cirúrgicos eletivos foram cancelados no primeiro trimestre da pandemia (TRUCHE, 2021). Dentre os procedimentos, estão as cirurgias eletivas de colecistectomia, herniorrafias e correção cirúrgica de varizes. O diagnóstico precoce somado à intervenção cirúrgica evita sintomas decorrentes da complicação do quadro (KOCH, 2022).

Dessa forma, como medidas para melhorar a percepção de qualidade de vida dos pacientes cirúrgicos e reduzir o tempo de espera para cirurgia podem se destacar a adoção de técnicas cirúrgicas menos invasivas, com a diminuição do tempo de internação e menor risco de infecções.(KRONZER, 2017; MOAWAD, 2020).

Por outro lado, o conceito de qualidade de vida definido em 1996 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” vem norteando o debate sobre aspectos importantes atrelados à qualidade de vida. Dessa forma, busca-se englobar as diversas áreas da vida individual e social, como aspectos humanos, socioeconômicos, políticos e médicos, não restringindo-se apenas à dimensão biológica (PEREIRA, 2012; PEREIRA, 2017).

Assim, considerando que os efeitos da pandemia na demora para a resolução cirúrgica de problemas de saúde e a importância de se investigar a qualidade de vida dos pacientes para compreender como o indivíduo reconhece seu estado de saúde após o diagnóstico indicativo de intervenção cirúrgica e os desfechos da intervenção na qualidade de vida no período pós-operatório Dessa forma, como medidas para melhorar a percepção de qualidade de vida dos pacientes cirúrgicos e reduzir o tempo de espera para cirurgia podem se destacar a adoção de técnicas cirúrgicas menos invasivas , com a diminuição do tempo de internação e menor risco de infecções.(KRONZER, 2017; MOAWAD, 2020).

Neste sentido é importante investigar a qualidade de vida dos pacientes para avaliar como o indivíduo reconhece seu estado de saúde após o diagnóstico indicativo de intervenção cirúrgica e os desfechos da intervenção no pós-operatório (SOUZA et al., 2018). Faz-se necessário reconhecer como a qualidade de vida se altera no período pós-operatório, que permita ao enfermeiro identificar áreas para otimização do planejamento da assistência perioperatória.

2. OBJETIVO

Avaliar a percepção de qualidade de vida pós-operatória em pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos de colecistectomia, tratamento cirúrgico de varizes e correção de hérnias.

3. MÉTODO

3.1 Tipo e local de estudo

Estudo quantitativo, do tipo transversal, realizado em um hospital público, universitário de nível secundário com nove salas cirúrgicas.

3.2 Amostra

A amostra foi composta por 139 pacientes cirúrgicos adultos, selecionados por conveniência e como parte integrante de projeto de pós-doutorado “Acesso ao serviço de saúde: tempo de espera para intervenção cirúrgica” aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, CAAE: 30097420.5.0000.5392, número de parecer: 4.469.319.

3.2.1 Amostra: Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, submetidos a cirurgia eletiva de colecistectomia, tratamento cirúrgico de varizes e correção de hérnia.

3.2.1 Amostra: Critérios de exclusão

Foram excluídos os pacientes que apresentaram alguma dificuldade de comunicação ou compreensão e pacientes submetidos à reabordagem cirúrgica por complicações advindas de procedimento cirúrgico anterior.

3.3 Coleta de dados

A partir do agendamento dos procedimentos selecionados, os pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão foram abordados e convidados a participarem da investigação. Após esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) os pacientes responderam o

instrumento de coleta de dados WHOQOL-Bref no período pós-operatório imediato e tardio.

O instrumento WHOQOL-Bref avalia os aspectos relacionados à mudança na qualidade de vida do paciente, isto é, a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais englobam os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, 2000; OMS, 2020).

Os dados dos pacientes que aceitaram participar da pesquisa foram obtidos por meio de entrevista presencial e não presencial, com a aplicação do instrumento WHOQOL-Bref. A entrevista ao paciente foi dividida em duas etapas: a primeira etapa ocorreu por meio de entrevista presencial, até 24 horas após a realização do procedimento cirúrgico, na unidade de internação ou unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. A segunda etapa foi realizada à distância, por meio de ligação telefônica 30 dias após a realização do procedimento cirúrgico.

Todos os dados foram coletados por meio de um tablet, utilizando o software RedCap (*Research Electronic Data Capture*).

3.4 Análise dos Dados

Os resultados da aplicação do instrumento foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial com avaliação da diferença de pontuação no instrumento WHOQOL-Bref entre os períodos de pós-operatório imediato e um mês após a intervenção cirúrgica.

Para a análise do efeito da intervenção cirúrgica na qualidade de vida no período pós-operatório foi utilizado o modelo de efeitos mistos, com a fixação dos fatores período e tempo entre o diagnóstico e execução da cirurgia. O período considerou a diferença de pontuação do instrumento WHOQOL-Bref no intervalo de um mês após a intervenção cirúrgica. O nível de significância foi definido como $p < 0,05$.

3.5. Aspectos éticos

Aos que concordaram em participar do estudo, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), elaborado conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes receberam uma cópia do TCLE.

4. RESULTADOS

Foram entrevistados 139 pacientes, com média de idade de 48 anos ($DP = \pm 14,43$), sendo a maioria do sexo feminino (84; 60,43%), com renda familiar igual ou inferior a três salários-mínimos mensais (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição sociodemográfica dos pacientes avaliados de acordo com idade, sexo, cor, religião, estado civil, ocupação, renda familiar, moradia e hábitos de tabagismo e etilismo. São Paulo, 2020-2022 (n=139).

Variáveis		N=139
Idade (anos)		
Média (DP)	48	(14,43)
Mínima-máxima	18-80	
Sexo, n(%)		
Feminino	84	(60,43)
Masculino	55	(39,57)
Cor, n(%)		
Branco	61	(43,88)
Pardo	49	(35,25)
Negro	25	(17,99)
Amarelo	3	(2,16)
Indígena	1	(0,72)
Religião, n(%)		
Católico	69	(49,64)
Evangélico	49	(35,25)
Não tem	13	(9,35)
Espírita	6	(4,32)
Outras	2	(1,44)
Estado Civil, n(%)		
Casado	72	(51,80)
Solteiro	39	(28,06)
União estável	16	(11,51)
Viúvo	7	(5,04)
Divorciado	5	(3,60)
Ocupação, n(%)		

Assalariado	54	(38,85)
Autônomo	37	(26,62)
Desempregado	16	(11,51)
Aposentado	16	(11,51)
Outra	14	(10,08)
Pensionista	2	(1,44)
Renda Familiar, n(%)		
Até 1	5	(3,68)
1	27	(19,85)
2	32	(23,53)
3	31	(22,79)
4	17	(12,50)
5	9	(6,62)
Mais de 5	15	(11,03)
Moradia, n(%)		
Própria	85	(61,15)
Alugada	37	(26,62)
Emprestada	14	(10,07)
Outro	3	(2,16)
Fuma, n(%)		
Não	88	(63,31)
Ex-fumante	38	(27,34)
Sim	13	(9,35)
Bebe, n(%)		
Não	51	(36,69)
Ex-etilista	36	(25,90)
Sim	52	(37,41)
Legenda: DP: desvio padrão		

De acordo com a tabela 2 observa-se que 93 (66,9%) pacientes já realizaram algum procedimento cirúrgico, sendo que seis (6,45%) apresentaram algum tipo de complicação nesta cirurgia. Além disso, a maioria (61,87%) relatou ausência de dificuldade para agendar a cirurgia atual e 53 (38,13%) relataram algum tipo de dificuldade no agendamento.

Tabela 2. Antecedentes cirúrgicos, complicações cirúrgicas, e dificuldade de agendamento do procedimento atual (n=139). São Paulo, 2020-2022.

Variáveis	n	%
Antecedentes cirúrgicos		
Não	46	(33,09)

Sim	93	(66,91)
Complicações cirúrgicas		
Não	87	(93,55)
Sim	6	(6,45)
Dificuldade de agendamento da cirurgia		
Não	86	(61,87)
Sim	53	(38,13)

A tabela 3 evidenciou que 85 (61,15%) pacientes realizaram o procedimento de colecistectomia videolaparoscópica e 103 (74,1%) dos pacientes entrevistados tinham ASA II, sendo que 95 (68,35%) foram submetidos a anestesia geral balanceada e realizaram o pós-operatório em unidade de internação.

Tabela 3. Tempo entre diagnóstico e cirurgia, local do primeiro atendimento, tipo de cirurgia dos pacientes avaliados, classificação ASA, tipo de anestesia, local de recuperação pós-operatória, tempo de cirurgia e tempo de anestesia do procedimento cirúrgico atual. São Paulo, 2020-2022 (n=139).

Variáveis		
Tempo entre diagnóstico e cirurgia, em meses		
Média (DP)	21,14	(16,85)
Mínima-máxima	0,12-72,32	
Local do Primeiro Atendimento, n(%)		
Hospital (PS)	47	(33,81)
UBS	46	(33,09)
Hospital (ambulatório)	28	(20,14)
AMA	10	(7,19)
Médico particular	7	(5,04)
ESF	1	(0,72)
Tipo de Cirurgia, n(%)		
Colecistectomia (VLP)	85	(61,15)
Colecistectomia convencional	7	(5,04)
Colecistectomia e herniorrafia inguinal unil. (VLP)	3	(2,16)
Colecistectomia e herniorrafia umbilical (VLP)	1	(0,72)
Herniorrafia inguinal unilateral (VLP)	4	(2,88)
Herniorrafia inguinal unilateral convencional	13	(9,35)
Herniorrafia inguinal bilateral convencional	4	(2,88)

Herniorrafia epigástrica convencional	2	(1,44)
Herniorrafia epigástrica (VLP)	1	(0,72)
Herniorrafia femural convencional	1	(0,72)
Herniorrafia hiatal (VLP)	1	(0,72)
Herniorrafia umbilical convencional	9	(6,47)
Herniorrafia umbilical (VLP)	3	(2,16)
Hernioplastia umbilical convencional	1	(0,72)
Hernioplastia inguinal bilateral convencional	1	(0,72)
Hernioplastia inguinal unilateral convencional	1	(0,72)
Hernioplastia inguinal unilateral (VLP)	1	(0,72)
Tratamento cirúrgico de varizes bilateral	1	(0,72)
ASA, n(%)		
I	32	(23,02)
II	103	(74,10)
III	4	(2,88)
Tipo de anestesia, n(%)		
Geral balanceada	95	(68,35)
Geral venosa total	16	(11,51)
Geral inalatória	12	(8,63)
Geral venosa e peridural	1	(0,72)
Geral venosa e subaracnóidea	1	(0,72)
Outra	14	(10,07)
Recuperação pós operatória n(%)		
Unidade de internação	137	(98,56)
UTI	2	(0,07)
Tempo de cirurgia (min)		
Média	137,40	
Mínimo- Máximo	15- 589,80	
Tempo de anestesia (min)		
Média	186	
Mínimo- Máximo	60- 619,80	
Legenda: DP: desvio padrão; UTI: unidade de terapia intensiva; PS; pronto socorro VLP: videolaparoscópica; unil: unilateral		

Em relação à recuperação do procedimento atual, foram referidas oito complicações pós-operatórias, com destaque para infecção de sítio cirúrgico (Tabela 4).

Tabela 4. Complicações pós-operatórias, infecções e outras complicações cirúrgicas dos pacientes avaliados. São Paulo, 2020-2022. (n=139)

Variáveis	N=139	
Infecção pós-operatória, n(%)		
Não	133	(95,68)
Sim	6	(4,32)
Outra complicação pós-operatória, n(%)		
Não	137	(98,56)
Sim	2	(1,44)

Na análise da variação de médias de pontuação no instrumento WHOQOL-BREF entre os períodos pós-operatório imediato e pós-operatório tardio, destacou-se o aumento na média dos valores sobre a percepção da qualidade de vida dos pacientes, com destaque para os domínios físico, psicológico e meio ambiente (Tabela 5).

Tabela 5. Comparação da pontuação dos domínios do questionário WHOQOL-Bref entre os períodos pós-operatório imediato e pós-operatório tardio. São Paulo, 2020-2022. (n=139)

Domínio	Média	DP	Min-Max
Físico			
Pós-operatório imediato	69,84	18,97	14,29-100
Pós-operatório tardio	76,52	17,98	14,29-100
Psicológico			
Pós-operatório imediato	74,85	14,72	25,00-100
Pós-operatório tardio	76,83	17,33	4,17-100
Social			
Pós-operatório imediato	77,64	18,50	8,33-100
Pós-operatório tardio	72,84	22,42	16,67-100
Meio Ambiente			
Pós-operatório imediato	67,27	16,08	25,00-100
Pós-operatório tardio	67,51	17,53	15,63-100

Legenda: DP: Desvio padrão; Min: mínimo; Máx: máximo

O gráfico 1 indica que na avaliação geral de qualidade de vida ocorre um aumento do escore do instrumento WHOQOL-Bref após a realização do procedimento cirúrgico, impactando na percepção dos pacientes observados.

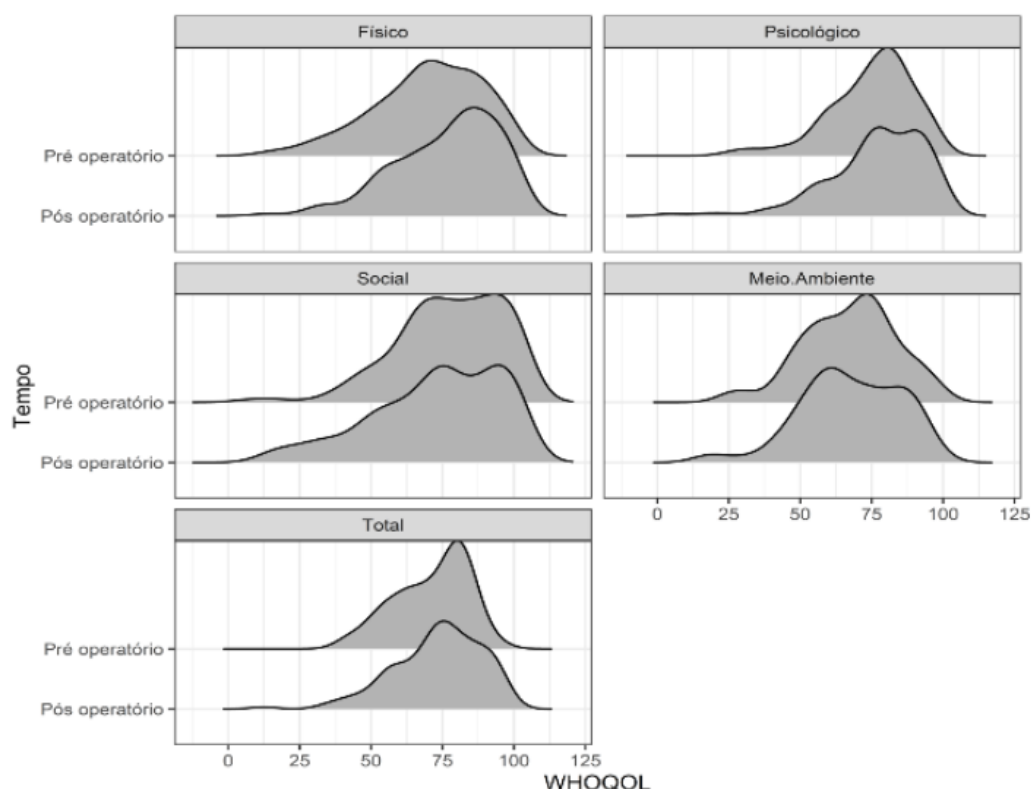


Gráfico 1: Variação da pontuação do questionário WHOQOL-Bref de qualidade de vida segundo domínio físico, psicológico, social, meio ambiente e total.

A análise de pontuação dos domínios do instrumento WHOQOL-Bref pelo modelo de efeitos mistos mostrou que no domínio social o tempo entre o diagnóstico e a execução da cirurgia gerou um aumento de pontuação. Contudo, independente do período pós-operatório observou-se um aumento de pontuação nos domínios físico e psicológico ($p=0,001$) (Tabela 6).

Tabela 6. Análise de variância do modelo de efeitos mistos para avaliação da pontuação dos domínios relacionados ao tempo entre diagnóstico e a cirurgia no questionário WHOQOL-Bref. São Paulo, 2020-2022.

Domínio	X ²	Df	p
Físico			
Intercepto	1114,04	1	<0.001
Período	10,96	1	0,001*
Tempo entre diagnóstico e cirurgia	0,40	1	0,527
Tempo: Tempo entre diagnóstico e cirurgia	0,92	1	0,335

Psicológico			
Intercepto	1364,34	1	<0.001
Período	6,01	1	0,014*
Tempo entre diagnóstico e cirurgia	0,83	1	0,361
Tempo: Tempo entre diagnóstico e cirurgia	2,79	1	0,095
Social			
Intercepto	927,16	1	<0.001
Período	16,82	1	0,001*
Tempo entre diagnóstico e cirurgia	0,012	1	0,913
Tempo: Tempo entre diagnóstico e cirurgia	8,49	1	0,004
Meio Ambiente			
Intercepto	1040,08	1	<0.001
Período	0,00	1	0,925
Tempo entre diagnóstico e cirurgia	0,04	1	0,829
Tempo: Tempo entre diagnóstico e cirurgia	0,00	1	0,969

Quando avaliado a relação entre o tempo de busca por assistência, diagnóstico e execução do procedimento cirúrgico, o modelo de efeitos mistos mostrou que no domínio físico, quanto maior o tempo entre a busca por assistência e realização da cirurgia, menor o escore do domínio no pós-operatório tardio (Gráfico 2).

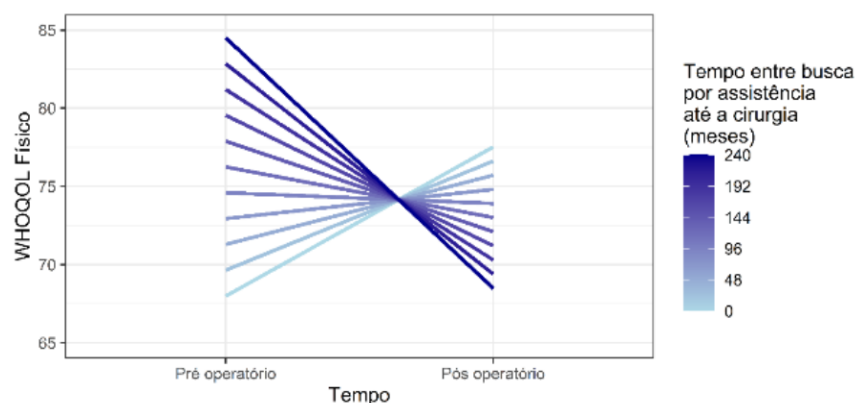


Gráfico 2: Análise da relação entre tempo até a realização da cirurgia e média do WHOQOL no domínio físico

5. DISCUSSÃO

A necessidade de execução de um procedimento cirúrgico pode impactar na condição fisiológica e social dos pacientes que precisam de intervenções. Desta forma, o estudo mostrou que o tempo de espera para intervenção cirúrgica pode impactar na percepção de qualidade de vida dos indivíduos, principalmente nos aspectos que envolvem a capacidade física e condições psicológicas.

Em 15 de julho de 2010, a Portaria GM/MS nº 1.919 definiu os procedimentos cirúrgicos eletivos com intervenções cirúrgicas sem caráter de urgência ou emergência cuja indicação possibilite a realização em serviços de saúde hospitalares ou ambulatoriais com agendamento prévio. Nesse estudo, 53% pacientes referiram receber o primeiro atendimento no serviço de atenção secundária, e posteriormente foram encaminhados ao serviço de atenção primária ou ambulatorial para agendamento da intervenção cirúrgica. O Sistema Único de Saúde (SUS) propõe um fluxo de direcionamento para a realização de cirurgias eletivas, o esquema sugere que os pacientes devem adentrar no sistema principalmente pela atenção primária e posteriormente serem encaminhados. No agendamento para a cirurgia devem ser considerados o estado de saúde atual do paciente, o nível de complexidade do procedimento e o suporte adequado a ser oferecido durante a intervenção. Entretanto, dadas as nuances presentes no território brasileiro, a densidade de equipamentos e de profissionais varia consideravelmente, fazendo com que regiões com menor

concentração de capital tenham menor densidade de profissionais, equipamentos e procedimentos. (MASSENBURG, 2017)

Inaugurado em 1981, o Hospital Universitário da USP foi projetado para atender às principais necessidades de assistência, ensino e pesquisa da população universitária, atualmente o serviço é classificado como hospital de nível secundário e atende intervenções de média complexidade (DISTRITO FEDERAL, 2018). A configuração de atendimento do hospital, bem como o público-alvo da instituição são fatores que podem impactar na diminuição do tempo de espera pelo procedimento, uma vez que a população universitária, colaboradores ou dependentes têm acesso direto ao serviço ambulatorial, e consequentemente à lista de agendamento sem a necessidade do encaminhamento da atenção primária.

Em 2020, decisão de adiar os procedimentos cirúrgicos eletivos diminuiu a demanda imediata nos serviços de saúde durante a pandemia em escala mundial, porém acrescentou novos indivíduos à fila de espera pela intervenção (FRIO, 2022), somado a isso, a hesitação populacional pela busca de atendimento nos serviços de saúde por medo da contaminação pelo vírus Sars-Cov-2 indica que a lista de procedimentos pendentes seja ainda maior (KOCH, 2022). O percentual de pacientes que buscaram primeiro atendimento no pronto socorro neste estudo correspondeu a 33% da amostra, sugerindo que a busca foi realizada em um momento de crise, fato que corrobora com a suposição de Koch (2022) sobre os impactos da espera e a evolução da complexidade do prognóstico em decorrência do tempo e da ausência de assistência, Uimonen (2021) sugere que a ampliação do intervalo entre o diagnóstico e a cirurgia reflete negativamente não só na evolução do prognóstico, mas também sobre o desfecho da operação.

Os dados demonstram predominância de indivíduos identificados com o sexo feminino, dado que se assemelha à distribuição de gênero brasileira, porém esse fenômeno pode relacionar-se às evidências de que mulheres tendem a buscar mais os serviços de saúde se comparado aos homens (GOMES, 2017; PNAD, 2019). O impacto da hospitalização na população economicamente ativa tende a incidir sobre a renda familiar mensal, principalmente quando levamos em

consideração que 38,13% dos pacientes deste estudo estavam desempregados ou em regime de trabalho autônomo no momento da coleta de dados.

Apesar da elevação nas médias do domínio físico no pós-operatório tardio, os dados neste estudo indicam que os pacientes que aguardaram por mais tempo apresentaram menor pontuação no período pós-operatório tardio, ou seja, o intervalo de tempo entre o diagnóstico e a cirurgia pode ser um fator determinante na percepção de qualidade de vida após a intervenção cirúrgica.

Os resultados obtidos evidenciam um aumento da média no domínio físico, o que pode estar associado ao fato de que o procedimento cirúrgico tem por objetivo corrigir ou atenuar sintomas e fatores que limitem ou diminuam a capacidade plena individual, reiterando a importância da realização do procedimento eletivo (BITTENCOURT, 2020).

O diagnóstico indicativo para uma cirurgia pode impactar diretamente nas condições psicológicas do paciente, provocando ansiedade, medo diante da necessidade do procedimento e incertezas quanto à sua condição de saúde (MELCHIOR, 2018). Nesse sentido, mais de 90% dos pacientes referiu pertencer à alguma religião, sendo que a religiosidade pode auxiliar na manutenção do bem estar e do conforto espiritual e emocional, constituindo-se um aliado a equipe de saúde e paciente durante o período pré-operatório. Nesse sentido, após o procedimento cirúrgico e desfechos favoráveis quanto a melhoria das condições fisiológicas, pode-se observar uma melhor percepção no domínio psicológico no pós-operatório tardio dos pacientes avaliados neste estudo.

A rede de apoio social e familiar são determinantes para que os indivíduos se sintam integrados à comunidade e recebam o apoio necessário, uma vez que procedimentos cirúrgicos promovem repercussões nos contextos sociais que os pacientes estão inseridos, tais como, família, trabalho, amigos, escola e comunidade (SCHERER, 2019). A análise evidenciou a diminuição na média de pontuação no domínio social, fato que pode estar relacionado as limitações impostas e esperadas de uma recuperação pós-operatória convencional, seguidas das adaptações necessárias à vida cotidiana (RAMOS, 2021; HOWARD, 2022)

Apesar da qualidade de vida estar relacionada diretamente com o ambiente em que o indivíduo vive, que incidem diretamente no processo de saúde e doença (ALENCAR, 2020), as médias no domínio ambiental, neste estudo, se mantiveram estáveis, o que pode estar relacionado ao fato de que não houve nenhuma modificação do ambiente físico durante a experiência cirúrgica pós-operatória, ou seja, a moradia.

6. CONCLUSÕES

Este estudo mostrou uma tendência de melhora na qualidade de vida após a intervenção cirúrgica. Além disso, o estudo evidenciou a relação inversamente proporcional entre tempo de espera pelo procedimento e a percepção na qualidade de vida, mostrando que quanto maior o tempo de espera, menor serão as médias atingidas pelos pacientes no período pós-operatório tardio do domínio físico.

No que se refere ao domínio psicológico, observou-se uma variação de percepção estatisticamente significativa, fenômeno que pode estar relacionado ao alívio emocional e psicológico que o paciente vivencia após a realização do procedimento cirúrgico sem intercorrências. Contudo, a diminuição da média no domínio social pode estar relacionada às adaptações impostas ao paciente após a intervenção cirúrgica.

5. REFERÊNCIAS

- ALENCAR, N. M. et al. A saúde ambiental e a sua influência na qualidade de vida: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 33093-33105, 2020.
- ALKIRE, B. C. et al. Global access to surgical care: a modelling study. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 6, p. e316-e323, 2015.
- BITTENCOURT, R. J. et al. GESTÃO DE FILAS PARA CIRURGIAS ELETIVAS: OVERVIEW DE REVISÕES SISTEMÁTICAS. **Brasília Med**, v. 57, p. 30-42, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.919, de 15 de julho de 2010. Redefine no âmbito do SUS a prestação de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010
- CRISE no SUS: Brasil tem mais de 900 mil cirurgias eletivas represadas. **Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins (CRM-TO)**. 2017. Disponível em: http://www.crmto.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21802:-crise-no-sus-brasil-tem-mais-de-900-mil-cirurgias-eletivas-represadas&catid=3. Acesso em: 12 mar. 2022
- DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES). Portaria nº 773, de 19 de julho de 2018. Estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária. **Diário Oficial do Distrito Federal**, 2018
- FLECK, M. P. A. et. al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, V. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.
- FRIO, G. S. et al. The disruption of elective procedures due to COVID-19 in Brazil in 2020. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, p. 1-8, 2022.
- GOMES, E. T. BEZERRA, S. M. M. S. Religiosidade, bem-estar espiritual e cuidado transpessoal no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Cuid**, Bucaramanga , v. 11, n. 2, e1020, Aug. 2020
- GOMES, R. NASCIMENTO, E. F. ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.
- HELSTEN, D. L. et al. Methodologic considerations for collecting patient-reported outcomes from unselected surgical patients. **Anesthesiology**, v. 125, n. 3, p. 495-504, 2016.
- HOWARD, R. et al. Reoperation for Recurrence Up to 10 Years After Hernia Repair. **JAMA**, v. 327, n. 9, p. 872-874, 2022.
- KOCH, F. et al. Cholecystectomies in the COVID-19 Pandemic During and After the First Lockdown in Germany: an Analysis of 8561 Patients. **Journal of Gastrointestinal Surgery**, v. 26, n. 2, p. 408-413, 2022.

KRONZER, V. L. et al. Changes in quality of life after elective surgery: an observational study comparing two measures. **Quality of Life Research**, v. 26, n. 8, p. 2093-2102, 2017.

MASSENBURG, B. B. et al. Assessing the Brazilian surgical system with six surgical indicators: a descriptive and modelling study. **BMJ Global Health**, v. 2, n. 2, p. e000226, 2017.

MEARA, J. G. GREENBERG, S. L. M. The Lancet Commission on Global Surgery Global surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare and economic development. **Surgery**, v. 157, n. 5, p. 834-835, 2015.

MELCHIOR, L. M. R. et al. AVALIAÇÃO DO ESTADO DE ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA EM PACIENTES CIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS. **Revista de Enfermagem da UFJF**, [S. l.], v. 4, n. 2, 2018.

MOAWAD, G. N. et al. COVID-19: A Surgical Perspective for when the curve flattens. **Facts, views & vision in ObGyn**, v. 12, n. 2, p. 129, 2020.

PEREIRA, E. F. TEIXEIRA, C. S. SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista brasileira de educação física e esporte**, v. 26, p. 241-250, 2012.

PEREIRA, R. M. P. et al. Qualidade de vida de idosos com doença renal crônica em tratamento conservador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 851-859, 2017.

PESQUISA, Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2019. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 de mar. de 2022

RAMOS, F. C. et al. Manual de cuidados de enfermagem para pacientes pré e pós-operatório de colecistectomia: elaboração e avaliação. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e205101119521-e205101119521, 2021.

SCHERER, A. et al. Rede Social significativa e de suporte social: impacto no tratamento bariátrico. **Psicologia, Saúde & Doenças**. V.20, n. 3, p. 630-650, 2019

SOUZA, A. R. et. al. Fatores associados a um impacto na qualidade de vida pós-revascularização miocárdica. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 19, e3459, 2018.

TRUCHE, P. et al. Association between government policy and delays in emergent and elective surgical care during the COVID-19 pandemic in Brazil: a modeling study. **The Lancet Regional Health-Americas**, v. 3, p. 100056, 2021.

UIMONEN, M. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on waiting times for elective surgery patients: A multicenter study. **PLoS One**, v. 16, n. 7, p. e0253875, 2021.

WHOQOL-abreviado: versão português. Programa de Saúde Mental. **Organização Mundial da Saúde**. Genebra. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/qualidep/downloads/downloads.php?id=2>. Acesso em: 11 mar de 2022