



Fases psicológicas da espera em hospital pela transferência à cirurgia traumato-ortopédica

Psychological phases of waiting in hospital for transfer to trauma-orthopedic surgery

Anáira Gisser de Sousa RIBEIRO¹  

Mariléia Chaves ANDRADE¹  

Cristiano Leonardo de Oliveira DIAS²  

Clara de Cássia VERSIANI²  

Lêda Antunes ROCHA¹  

Brunna Vivianne Alves da SILVA²  

Neila Fabrícia Alves CONCEIÇÃO¹  

¹ Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

² Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Montes Claros, MG, Brasil.

Correspondência:

Anáira Gisser de Sousa Ribeiro
anairagisser@gmail.com

Recebido: 14 dez. 2024

Revisado: 17 maio 2025

Aprovado: 17 jul. 2025

Como citar (APA):

Ribeiro, A. G. S., Andrade, M. C.,
Dias, C. L. O., Versiani, C. C.,
Rocha, L. A., Silva, B. V. A.,
& Conceição, N. F. A. (2025).
Fases psicológicas da espera
em hospital pela transferência
à cirurgia traumato-ortopédica.
Revista da SBPH, 28, e034.
<https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.782>.

Financiamento:

Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de
Nível Superior – CAPES.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver
conflito de interesses.



Resumo

A espera no hospital por uma transferência à cirurgia traumato-ortopédica é uma experiência que pode desencadear um processo emocional profundo e complexo. O objetivo deste trabalho é compreender o significado atribuído por pessoas que aguardaram, enquanto internadas, pela transferência para serem submetidas à cirurgia traumato-ortopédica e propor um modelo explicativo para as fases psicológicas pelas quais as pessoas passariam nessas circunstâncias. O estudo adotou o método clínico-qualitativo a partir de entrevistas semidirigidas. A amostra incluiu 14 homens e cinco mulheres que aguardaram, em um hospital público do norte de Minas Gerais, transferência à cirurgia indicada. A análise de conteúdo clínico-qualitativa identificou quatro fases psicológicas: choque, angústia, resignação e esperança pelas quais passaram os participantes durante a espera, discutidas à luz da Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar. A pesquisa revelou uma jornada complexa, marcada por sofrimento e superação daqueles que esperam por transferência para cirurgia traumato-ortopédica, além de importantes implicações para a prática de cuidados em saúde.

Descritores: Hospitalização; Psicologia hospitalar; Pesquisa qualitativa.

Abstract

Waiting in the hospital for a transfer to undergo orthopedic trauma surgery is an experience that can trigger a deep and complex emotional process. The objective of this study is to understand the meaning attributed by people who waited, while hospitalized, for a transfer to undergo orthopedic trauma surgery and to propose an explanatory model for the psychological phases that people would go through in these circumstances. The study adopted the clinical-qualitative method based on semi-structured interviews. The sample included 14 men and five women who waited in a public hospital in northern Minas Gerais, Brazil, for a transfer to the indicated surgery. The clinical-qualitative content analysis identified four psychological phases: shock, anguish, resignation and hope, through which the participants went during the wait, discussed in the light of Health Psychology and Hospital Psychology. The research revealed a complex journey, marked by suffering and overcoming by those waiting for transfer to undergo orthopedic trauma surgery, in addition to important implications for the practice of health care.

Descriptors: Hospitalization; Hospital psychology; Qualitative research.

INTRODUÇÃO

Entre as muitas condições que afetam a saúde humana, o trauma ortopédico se destaca como um dos mais relevantes, sendo caracterizado por danos estruturais e fisiológicos resultantes da transferência de energia entre os tecidos corporais e o ambiente externo, geralmente ocasionada por impactos. Dentre as possibilidades de traumas, existem as fraturas ósseas, caracterizadas pela interrupção da continuidade do osso (Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia [SBOT], 2011).

Quando uma pessoa sofre uma fratura e é atendida em um pronto socorro local, um ortopedista/traumatologista é acionado para avaliá-la e, com o diagnóstico da lesão, caso uma intervenção cirúrgica para sua reparação seja indicada, o usuário então é internado para ser submetido ao procedimento no próprio hospital, ou transferido para outro de maior complexidade que disponha dos recursos necessários para tal (Ministério da Saúde [MS], 2008). Entretanto, a cirurgia nem sempre poderá ser realizada de imediato podendo levar dias ou até semanas para ser efetivada a depender de questões orgânicas específicas da lesão, da gravidade do quadro e o estado geral do paciente, até fatores de ordem regional e organizacional dos hospitais e dos sistemas de saúde (Maia, 2022; SBOT, 2011).

De acordo com o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), houve um aumento médio anual de cerca de 7,9% nas internações por fraturas, considerando o período de outubro de 2021 a setembro de 2024 (MS, 2024). Esta crescente demanda por atendimentos em traumatologia e ortopedia pode estar relacionada às taxas de sinistros de trânsito a nível nacional e internacional, uma das causas principais de internações hospitalares por trauma e dos índices de mortalidade (Carvalho & Guedes, 2023; Ahmed et al., 2023; Lentsck et al., 2019; Silva, 2017).

Neste cenário, cada indivíduo, a partir do momento que é hospitalizado, passa a vivenciar este período de formas diferentes, trazendo consigo sua história, sua cultura, sua forma de reagir às condições de saúde e às necessidades de realização do tratamento que lhe é apresentado (Straub, 2014). Esta situação estranha lhe impõe a abstenção de suas atividades sociais e econômicas e se agrava ainda mais quando o usuário exerce papel importante na sociedade e na sua família (Silva et al., 2018).

No entanto, ao revisar o conhecimento produzido até o momento, nota-se que há poucos estudos nacionais sobre a experiência dos pacientes com a espera por cirurgias traumato-ortopédicas em ambientes hospitalares. A maior parte dos estudos encontrados sobre o impacto biopsicossocial sofrido pelas pessoas na fila de espera por cirurgias ortopédicas foram realizados com pacientes que aguardavam pela intervenção eletiva, ou seja, esperavam, em suas residências, o agendamento para a efetivação do procedimento.

Diante desses fatos, esta pesquisa possui relevância científica e social uma vez que possibilitará ter uma visão da realidade dos que aguardam pelo procedimento cirúrgico traumato-ortopédico enquanto hospitalizados, pretendendo contribuir com a construção do conhecimento nas áreas da psicologia hospitalar, assistência e gestão em saúde, podendo inspirar a formulação de estratégias, além de oferecer aos participantes a oportunidade de assimilarem melhor seus sentimentos e pensamentos acerca da sua experiência com a espera pela transferência à cirurgia de fratura ao falarem sobre o tema.

Neste contexto, este estudo tem o objetivo de compreender o significado atribuído por pessoas que aguardaram, enquanto internadas, pela transferência para serem submetidas à cirurgia traumato-ortopédica e propor um modelo explicativo para as fases psicológicas pelas quais passariam as pessoas nessas circunstâncias, além de apresentar características demográficas e clínicas dos participantes.

METODOLOGIA

Este estudo analítico-interpretativo adotou o método clínico-qualitativo, orientado por eixos que guiam o pesquisador: atitude existencialista – valorização da angústia que o indivíduo vivencia; atitude clínica – inclinação ao sofrimento apresentado pelo indivíduo e atitude psicodinâmica – consideração da presença de aspectos inconscientes no enfrentamento das condições de saúde (Turato, 2013).

A presente pesquisa foi realizada entre outubro de 2023 e abril de 2024, em um hospital público localizado em uma cidade no norte do estado de Minas Gerais e abrangeu as internações decorrentes de fraturas ósseas que demandaram transferência entre hospitais para cirurgia em caráter de urgência no período de maio de 2023 a abril de 2024.

Devido à natureza transitória das internações hospitalares, a amostra de pacientes foi selecionada por conveniência. Foram entrevistados aqueles que estavam hospitalizados com essa demanda no momento da coleta de dados, adotando critérios de inclusão (admissão há pelo menos três dias e idade a partir de 18 anos) e exclusão (indisponibilidade clínica ou falta de consentimento). Pessoas que tiveram a experiência dessa espera e já haviam passado pela cirurgia também foram entrevistadas. A seleção destas seguiu uma lista com nomes e contatos telefônicos de usuários hospitalizados com esta demanda no ano de 2023, fornecida pelo estabelecimento de saúde e aplicando-se os mesmos critérios. Estes contatos foram iniciados a partir do primeiro nome da lista. A amostra foi fechada por saturação teórica (Turato, 2013; Fontanella et al., 2008).

Foi utilizado um roteiro para guiar as entrevistas semidirigidas (Turato, 2013; Fontanella et al., 2006). Todas as entrevistas foram realizadas em local privativo, gravadas e transcritas. Os dados “gênero”, “idade” e “como a lesão ocorreu” foram coletados durante as entrevistas. O diagnóstico médico da fratura e o tempo de hospitalização até a transferência foram obtidos através dos prontuários e sumários de alta dos participantes devido à maior precisão da informação.

A análise de conteúdo clínico-qualitativa foi adotada (Faria-Schützer et al., 2021). Essa estratégia de análise segue um processo sistemático de organização composto por sete etapas que neste estudo se deu por: (1) transcrição literal das entrevistas por meio do Transkriptor® – software online de transcrição de áudio para texto – preservando o vocabulário original; (2) leitura flutuante para compreensão geral; (3) identificação das unidades de análise, selecionando trechos significativos, como expressões de surpresa, ansiedade e passividade, para a elaboração de reflexões; (4) agrupamento das unidades de análise semelhantes para criar códigos de sentido, como “angústia”, “imprevisibilidade” e “resignação”; (5) construção das categorias a partir da organização dos códigos; (6) discussão dos dados com a literatura; e (7) reflexão crítica sobre a validade do estudo, conduzida por todos os autores utilizando o *Checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). Esse guia apresenta critérios desejáveis às investigações

qualitativas, organizados em três domínios: caracterização e qualificação da equipe de pesquisa; desenho do estudo; e análise dos resultados, visando validá-las e contribuir para suas publicações (Souza et al., 2021).

A análise incluiu falas exemplares que refletiram os pensamentos e emoções dos participantes, permitindo uma compreensão detalhada dos significados e do impacto emocional dessa espera. Os relatos foram organizados conforme cada fase psicológica identificada, relacionando as experiências e expectativas dos entrevistados à realidade hospitalar. Esse processo evidenciou reações emocionais, mecanismos de defesa e estratégias de enfrentamento adotadas por eles. A partir dessa análise, foram construídas categorias que remetem a essas fases e elaborou-se um diagrama representativo para elas. A discussão dos dados foi realizada à luz do conjunto interdisciplinar de conceitos que formam a base da Psicologia da Saúde e da Psicologia Hospitalar.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES sob o número CAAE: [74060623.0.0000.5146]. As identidades dos participantes e da instituição de saúde em questão serão mantidas em sigilo.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 14 homens e cinco mulheres, entre 18 e 64 anos. As fraturas distribuíram-se igualmente entre os membros superiores (n=10) e inferiores (n=10) e foram causadas, em sua maior parte, por sinistros de trânsito (n=8), seguidos por acidentes no trabalho (n=5) e domésticos (n=5). A respeito do tempo de hospitalização, os entrevistados permaneceram internados entre cinco e 15 dias antes de serem transferidos para o hospital onde se submeteriam à cirurgia da qual necessitavam.

Essas características estão detalhadas na Tabela 1, sem a pretensão de analisá-las estatisticamente ou discuti-las. Tais informações serão úteis para a melhor compreensão de cada relato, orientando o leitor sobre o contexto vivido pelos participantes durante o período de espera. Os entrevistados foram identificados pela letra P de 'Participante' seguido de um algarismo numérico para representar a ordem de participação de forma a garantir o sigilo dos dados correspondentes às entrevistas efetuadas.

Tabela 1. Características demográficas e clínicas dos entrevistados em um município do Norte de Minas Gerais, 2024 (n=19)

Identificação	Gênero	Idade (em anos)	Fratura	Como ocorreu a lesão?	Tempo de hospitalização
P1	Feminino	36	rádio direito e esquerdo	acidente doméstico	13 dias
P2	Masculino	24	base do polegar esquerdo	acidente no trabalho	5 dias

Continua

Continuação

P3	Feminino	40	rádio esquerdo	acidente doméstico	7 dias
P4	Masculino	18	rádio e una esquerdo	acidente doméstico	8 dias
P5	Masculino	64	metatarso esquerdo	sinistro de trânsito	10 dias
P6	Masculino	41	rádio distal esquerdo	acidente no trabalho	6 dias
P7	Masculino	48	maléolo direito	acidente no trabalho	6 dias
P8	Masculino	62	acetábulo direito	acidente no trabalho	8 dias
P9	Masculino	29	fíbula direita	sinistro de trânsito	5 dias
P10	Masculino	20	clavícula esquerda	sinistro de trânsito	6 dias
P11	Masculino	44	úmero e clavícula direita	sinistro de trânsito	10 dias
P12	Feminino	59	rádio distal esquerdo	acidente doméstico	5 dias
P13	Masculino	46	terço distal da tíbia	sinistro de trânsito	7 dias
P14	Masculino	38	punho/ metatarso esquerdo	sinistro de trânsito	8 dias
P15	Feminino	28	maléolo direito	acidente doméstico	11 dias
P16	Masculino	37	tíbia direita	atividade esportiva	13 dias
P17	Feminino	63	tíbia e fíbula esquerda	sinistro de trânsito	15 dias
P18	Masculino	54	maléolo esquerdo	acidente no trabalho	9 dias
P19	Masculino	34	clavícula direita	sinistro de trânsito	9 dias

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Nota: P= participante.

Nas próximas seções, são apresentados recortes das narrativas dos entrevistados que permitem observar a existência de quatro principais fases psicológicas que ocorreram após o diagnóstico de fratura com indicação de internação para a transferência à cirurgia.

SOB O IMPACTO DA FRATURA: A FASE DO CHOQUE PERCEPTUAL

Nesta fase inicial, alguns participantes tiveram a percepção repentina da fratura. Esse impacto é percebido nas palavras de P11:

“Imaginei imediato que tinha quebrado, porque eu senti né, eu que peguei o braço, o braço não levantava e ficava balançando, daí eu não conseguia fazer nada com o braço, o braço ficou balançando depois né, aí eu sabia que já tinha quebrado [...]” (P11)

Diferente de alguns participantes que logo perceberam a fratura, outros foram surpreendidos com o diagnóstico e a indicação do tratamento cirúrgico:

“Não porque eu achei que isso tinha só deslocado o lugar, porque na hora lá vi que tinha deslocado, só que eles falou que ia ter que fazer cirurgia, e na hora eu esfriei, cheguei a esfriar, e dor e... medo também porque cirurgia assim do nada... é complicado.” (P4)

Observa-se que a expectativa era de que o problema pudesse ser resolvido no mesmo dia em que procuraram assistência médica, refletindo uma consciência do trauma e o desejo por um tratamento mais simples do que o que estava por vir:

“Eu achei que eles iam... eu achei assim né que eles só iam... fazer um... gesso aqui, mas acabou que não fez né, porque a fatura foi muito... aí eles vão mandar eu pra [hospital de destino] né?” (P11)

Da mesma forma:

“Eu pensei que ia ser coisa rápida, assim... no mesmo dia eu pensei que ia resolver.” (P1)

Com o choque das más notícias, mecanismos de defesa como racionalização e fuga foram acionados como forma de administrarem o impacto do adoecimento e da hospitalização:

“Não eu...eu fiquei assim... fiquei calmo também né, é que... assim... tudo isso que tem passar na vida da gente né, acaba a gente pensa... a gente não quer né, mas chega um dia que... que acaba acontecendo alguma coisa com a gente né, de acidente, dessas coisa assim né, então eu... eu preoquepei não, falei assim... é... se é a vontade de Deus né então... fazer o quê né, tem que ficar conformado né, quer dizer a gente não queria né, mas fazer o quê né?” (P8)

O entrevistado P8 expressa racionalização atribuindo a situação à “vontade de Deus”, encontrando conforto na ideia de que há um propósito divino por trás dos acontecimentos da vida, além de minimizar a importância da situação adversa vivenciada:

“Mas aí eu falei com ela... [sic, sua esposa] não você... não precisa você ficar preocupada não, você pode ficar despreocupada, pior se eu tivesse morrido né? Assim... se eu tivesse caído de outra maneira assim... que eu... quebrasse a cabeça ou a coluna né? ou tivesse morrido lá dentro do mato né, então eu pedi ela assim... pra ter paciência né, pra ela não ficar chorando.” (P8)

A tendência de fugir de situações ameaçadoras é ecoada nas palavras da entrevistada P12, expressando um forte desejo de não aceitar a internação ao ser confrontada com a nova realidade:

"Eu pensei assim que eu, eu... meu Deus, eu ficar aqui... [voz embargada, se emociona] deu vontade de ir embora né?" (P12)

A culpa pelo acidente também foi um sentimento comum nesse momento, principalmente entre os participantes mais velhos:

"Ó eu pensei assim... mas por que que eu fui lavar essa mandioca meu Deus, podia mexer com essa mandioca assim mesmo, com a terra, pra descascar né, pensei isso né?" (P12)

Da mesma forma:

"Quer dizer, um pouquinho foi facilitação minha né, que... eu podia ter montado e rompido assim... pra frente, pra cabine né, aí não, eu fiquei, mas... o trem, parece que o trem quando tem que se assusceder [sic, acontecer] né não, não tem jeito não, às vezes tem que assusceder de outra maneira." (P8)

Outra atitude comum entre os entrevistados diante da necessidade de se manterem internados foi a barganha. Neste estudo, a barganha é entendida como um movimento para driblar a circunstância imposta. Essa atitude é visível nas narrativas de participantes que cogitaram aguardar pela cirurgia em casa, o que, segundo eles, não foi autorizado pela instituição na época:

"Eu pensei até de ir embora, eu falei... moço, deixa eu ir embora, é... depois quando tiver perto da cirurgia eu volto. 'Não!' ele falou: 'não, você não pode ir embora nem a pau [sic, de jeito algum], tem que ficar aqui, se você ir embora e acontecer alguma coisa... você não pode nem pôr [sic, colocar] o pé no chão.'" (P7)

Essa etapa inicial, marcada pelo choque perceptual, revelou não apenas o impacto físico e emocional imediato da fratura e tudo que dela adveio, mas também as estratégias subjetivas utilizadas pelos participantes para lidar com a súbita ruptura da normalidade. Entre a incredulidade, a racionalização e tentativas de negociação com a realidade imposta, emergiram culpa, medo e resistência à hospitalização. Essas reações pavimentaram o caminho para uma fase posterior, igualmente desafiadora, em que a incerteza sobre o tratamento e a espera por uma solução definitiva intensificaram o sofrimento: a fase da angústia.

QUANTO TEMPO TEREI QUE ESPERAR? A FASE DA ANGÚSTIA

Esta categoria se aprofunda nas declarações dos participantes, revelando a tribulação que enfrentaram desde o momento que adentraram o hospital até a espera indefinida pela cirurgia, em que se sentiram particularmente vulneráveis, deslocados e desprovidos de controle.

Após a admissão, um dos principais questionamentos dos participantes foi sobre o tempo que teriam que aguardar pela transferência. Muitos relataram não ter recebido uma data específica para isso durante a internação, o que trouxe ansiedade. Essa imprevisibilidade é capturada no depoimento de P14, ilustrando a incerteza que enfrentaram:

“Ah... a gente não deixa de não ficar preocupado né, eu que... quando acontece essas coisas a gente quer que resolva o mais rápido possível, e aí eu tive que esperar mais uns sete ou foi oito dias eu acho, que eu tive que ficar internado e aguardando saí essa vaga lá, você... acaba que no, no primeiro momento você fica sabendo que você tem que ficar internado ali por muito tempo sem nem saber quando, você não sabe quando que vai ser a... que vai saí a cirurgia né, se fosse uma coisa que você internasse ali... e já te falasse assim: é semana que vem você já vai, mas não, você fica lá, sem previsão, eles só te fala um dia antes, um dia antes ou dois eles fala ‘sua cirurgia saiu’, não é coisa que... você vai sabendo, quer dizer... tal dia, não é, você fica esperando, isso aí que preocupa mais ainda né, porque você não tem nada certo e você sabendo que é uma fratura, é grave né, que o meu foi grave, e sabe que tem que fazer esse procedimento e não saber [quando será transferido], preocupa [...]” (P14)

A falta de informações sobre o tempo de espera levou os participantes a terem a percepção de uma espera sem fim, o que gerou estresse e revolta, aprofundando ainda mais essa angústia:

“Eles [sic, profissionais do hospital em estudo] marcaram não, ele falou comigo fia... [sic, filha] ‘tem que ter a vaga’, eu falei, eu falei assim... pra que dia? eles falam assim... ‘é quando tiver a vaga’, fala é assim comigo. Ué, é quando ué? se for lá pro mês que vem então, eu posso esperar? [se exalta] então se for assim, tira o gesso, eu vou embora, sem amolação [sic, perturbação] né? que cada um tem sua carreira [sic, pressa], cada um tem sua precisão [sic, necessidade].” (P12)

A programação da transferência, algo tão esperado, despertou uma mistura complexa de emoções. Mesmo quando uma data foi fornecida, o receio de uma possível remarcação persistia, pois o agendamento limitava a espera, enquanto seu adiamento significava o prolongamento deste sofrimento, demonstrando a constante angústia vivenciada:

"Uai, ter certeza se vai ser mesmo né, terça-feira ou não, ficar aqui... ficar aqui não presta não [sic, não é bom], Ave Maria!" (P10)

Da mesma forma:

"Me disseram que vai ser dia 19, tá marcado, só que aí pode ocorrer a qualquer momento outra mudança, pode ser mais logo ou mais tempo agora, porque está esperando o leito lá em [hospital de destino] ou então em [outro hospital]." (P4)

Tal fato também exacerbava a ansiedade sobre o que estava por vir, como confidenciaram P4 e P15:

"Ah... já chorei demais esses dias... ontem pra hoje... só pensando como é que vai ser [a cirurgia]." (P4)

Da mesma forma:

"Ai... ansiosa demais esperando né, mas ao mesmo tempo com medo, muito medo, muito medo da cirurgia. [...] Medo de... anestesia por exemplo, a gente não voltar mais né, medo de... a gente morrer na hora da cirurgia." (P15)

A ambivalência desta entrevistada se traduz em uma angústia advinda do conflito entre o desejo de evitar a cirurgia – fruto do seu medo – e a necessidade imperiosa de realizá-la.

A angústia ainda se manifestou pela sensação de aprisionamento presente tanto no espaço físico restritivo do hospital, quanto na espera obrigatória que os privava de controle:

"Doido pra ir logo fazer né [a cirurgia], ficar de boa [sic, tranquilo], saí daqui que é igual uma prisão, prisão sem... ficar dentro do quarto o tempo todo é ruim." (P2)

Da mesma forma:

"Aqui dentro você tem que ficar amarrado dentro do quarto, amarrado que eu falo assim... ficar quieto lá né, sem movimentar né? (P6)

Nas narrativas de alguns deles é possível observar a sensação de desamparo como resultado do processo de despersonalização ao qual estavam sujeitos:

“É muito ruim fia [sic, filha], é muito ruim né, muito... é muito ruim demais, pesado mesmo minha fia, ficar assim... tipo assim, coisa que... a gente sente desprezada assim no hospital, não é? é... mas a gente não vai assim... a gente não fica assim alegre não, fica triste, a gente fica triste, fica mesmo. [...] Tristeza é... já basta o que eu estou falando já, que aqui sei que... que eu sei que tem minha fia de Deus [voz embargada, se emociona].” (P12)

Nota-se ainda que a angústia decorreu da percepção de que as limitações físicas se tornaram restrições pessoais, afetando a autoimagem e se vendo em um estado nunca imaginado:

“Estou com 18 [anos], nunca tinha ficado internado no hospital [...]. Não, só se for mais velho né, que necessita [ser internado], mas agora, nessa idade, não” (P4).

Da mesma forma:

“É... faz falta assim né, que a gente... saber que a gente não estava assim... numa situação dessa né, e agora a gente veio estar, que eu nunca pensava de eu ficar no hospital [...], nunca passou isso comigo né, 62 anos nunca... eu nunca fiquei no hospital, eu nem pensaria de ficar né, [...] e agora eu vim ficar, aí eu estou desse jeito aí.” (P8)

Até aqui, a experiência da espera, marcada por incertezas, medo e sentimentos de aprisionamento, revelou-se um período de intensa vulnerabilidade emocional para os participantes. Diante da ausência de respostas claras, muitos relataram um desgaste psicológico alimentado pela impotência frente à situação. É nesse contexto de fragilidade e exaustão que, gradualmente, surgiu a resignação, não como escolha voluntária, mas como forma de suportar o insuportável.

ACEITANDO O QUE NÃO SE PODE MUDAR: A FASE DE RESIGNAÇÃO

A resignação foi um tema central nas narrativas dos participantes, perpassando toda a experiência e se mostrando como um meio para lidar com a hospitalização carregada de dificuldades emocionais e físicas. Para alguns, ela se apresentou logo nos primeiros momentos, após o impacto das más notícias:

“Eu fiquei meio assim... assustada né, de ficar internada, mas aí eu fui acostumando [...]” (P1).

Da mesma forma:

“Acostumei né, só é ruim no primeiro dia depois acostuma, mas não é bom não [...]” (P10)

Por se verem incapazes de mudar a situação, incorporaram uma forma dolorosa de conformidade, aceitando que não havia nada a ser feito, como capturado nas narrativas a seguir:

"Aí não tinha... eu pensei... não tem jeito, tem que ficar né, fazer o quê? tem que esperar né?" (P10)

Da mesma forma:

"Aí nessa parte é ruim né porque a gente está acostumado a fazer as coisas da gente... a gente fica limitado assim... não é bom não, é ruim, mas só que... tem que ter paciência né que... uma coisa que não tem como a gente mudar e... é só o processo né, que vai melhorar devagar, aí a gente tem que aceitar e ter paciência e ter a cabeça no lugar, é isso." (P3)

À medida que o tempo passava sem a confirmação da transferência, os relatos refletiam um profundo senso de conformidade como resposta emocional à impotência. Isso é claramente ilustrado nos depoimentos de P14 e P6, ressaltando a aceitação forçada de circunstâncias impostas pelo sistema de saúde:

"A gente espera porque não tem outro jeito, não tem condição de fazer particular, a gente tem que esperar, mas que é bom não é" (P14).

Da mesma forma:

"Mas gente tem que aguentar, não tem jeito, eu preciso do SUS ué, né, aí não tem como a gente... resolver né?" (P6)

Os participantes também demonstraram como o tempo ocioso, sem atividades significativas, conduziu-os à passividade. Esse estado, acentuado pela ociosidade, foi evidenciado nos relatos sobre como passavam o dia no hospital, revelando também o pensamento consensual dos participantes de que estavam ali apenas para esperar:

"Não, lá eu ficava... olhando o celular, no caso, celular né, você... ficava olhando as notícias né, que a gente não tinha nada pra fazer e era né, no caso meu era só aguardar mesmo, eu não tinha muito o que fazer, aí né eu fiquei só pra aguardar a vaga, estava tomando é... recebendo medicamento pra dor e demais é só ficar mesmo olhando o celular, vídeo, notícias, só isso." (P14)

Da mesma forma:

“Era só conversando com minha esposa né, é... vendo Tiktok, esses trem [sic, algo do tipo], que... a dor estava controlada né, aí... e dormindo né, não podia fazer nada, só estava só... esperando... marcar a data mesmo entendeu? só estava esperando a data pra poder fazer a cirurgia.” (P19)

Essa monotonia contribuiu para a percepção de que o tempo passava de forma lenta, o que aumentou a aflição da espera:

“Parece que eu piorei foi mais esperando chegar a data, mas... e o dia não passa e... a hora não passa, eu fico encabulado [sic, impressionado] com as coisas, sei lá...” (P4).

Da mesma forma:

“Eu tive que acostumar né, tive que conformar, não tinha jeito, tem que aguardar chegar o dia que não passava [...]” (P16)

Ao se depararem com a impossibilidade de controlar o tempo e as condições de sua permanência hospitalar, os participantes passaram a adotar uma postura resignada. A adaptação forçada à espera ociosa foi, para muitos, a única forma possível de enfrentar a adversidade. No entanto, mesmo diante desse cenário de limitação e impotência, despontava um sentimento capaz de romper a apatia: a esperança de que a transferência para a cirurgia representasse um recomeço.

VAI DAR TUDO CERTO! A FASE DA ESPERANÇA

Durante a espera, os participantes expressaram sentimentos de desamparo, ao passo que mantinham a expectativa de uma recuperação da saúde e superação de suas limitações. A fase da esperança também se destacou como um período significativo para eles, um momento marcado por uma mistura de incerteza, vulnerabilidade, alívio e o desejo de cura.

No cerne dessa fase estava o anseio por retomar as vidas que tinham antes, e a cirurgia simbolizava uma oportunidade vital para restaurar a autonomia e a qualidade de vida:

“Ah... eu senti... aliviada né, porque... a gente só sabe que a gente vai recuperar depois da cirurgia porque antes você só tá ali com uma tara no braço, com uma faixa, mas não está melhorando, aí só vai melhorar depois da cirurgia, aí eu fiquei feliz [risos], vai ser amanhã, graças a Deus!” (P3)

Em uma sociedade em que o trabalho está entrelaçado com a identidade e a dignidade, a esperança por retornar às atividades diárias assume um significado ainda maior. O entrevistado P19 expressa sua disposição para se submeter à cirurgia motivada, em grande parte, pela necessidade de retomar suas tarefas como provedor da família:

“Ah... passou na minha cabeça é fazer né [a cirurgia], porque... a gente pai de família né, precisa trabalhar e ficar com essa fratura dessa forma... não tinha como né?” (P19)

No entanto, os participantes afirmaram não terem recebido informações sobre o procedimento ao qual seriam submetidos em breve, como exemplifica P14:

“Eu só sei que tinha que fazer, a informação que eu tive é que tinha que ser feita a cirurgia né, no pé e no punho. É, foi essas únicas informações que eu tive. [...] Não sei se... se tinha como o médico saber né, eu não sei também se tem... eles [sic, profissionais do hospital em estudo] tem como saber, por exemplo, tem gente que fica com... uns ferros por dentro um bom tempo aí, isso aí eu já não sei se o médico tem essa... se ele consegue falar isso antes da cirurgia né, [...] é analisar e saber o que vai fazer naquela fratura.” (P14)

Como o entrevistado explica, e de acordo com informações fornecidas pela administração do hospital em estudo, a falta de um profissional habilitado para realizar as cirurgias na instituição – fato que leva às transferências – implica que os usuários não recebem, antes de serem transferidos, informações específicas sobre o procedimento cirúrgico ao qual serão submetidos.

Sem orientações claras sobre o que esperar da intervenção iminente, os entrevistados recorreram à fé e ao otimismo como estratégias para lidar com o desconhecimento, como evidenciado nos relatos a seguir:

“Não, eu estou... também estou de boa nesse sentido, assim... tipo assim, igual eu falo... tem que fazer, não tem jeito, tem que confiar nas pessoas né, a gente quer ao menos uma coisa [sic, algo] simples, mas pode ser coisa mais avançada, a gente tem que confiar, não tem jeito, em Deus em primeiro lugar e confiar na sabedoria do homem.” (P2)

Da mesma forma:

“Ah... a gente fica... ansiosa, porque é uma cirurgia né, aí... você já fica assim... preocupada né, mas eu... tento não colocar... ficar pensando, não colocar na cabeça e que vai ser... que vai dar... vai dar tudo certo, só coloco isso na cabeça, que vai dar tudo certo.” (P3)

E ainda:

“Não, não penso negativo não, eu penso que vai dar certo, logo, logo, eu estou em casa porque, graças a Deus, saúde assim, eu não tenho problema nenhum, não tem diabetes, não tem pressão alta,

não... não tomo remédio de controle, não sou alcóolatra, não sou nada.” (P7)

Nota-se, assim, a combinação de esperança, dúvida e ansiedade, em que a expectativa de um resultado positivo colidiu com o temor do desconhecido.

Nesse sentido, o apoio social também se mostrou uma importante estratégia para os participantes lidarem com a proximidade da cirurgia. As entrevistas revelaram que o suporte emocional oferecido por visitantes e acompanhantes gerou conforto e fortaleceu a crença de que o procedimento ocorreria sem complicações:

“Ah! visita num lugarzinho daquele... num hospital é... bom demais você tá doido, [...] que as pessoas iam lá iam... confortar a gente né... ‘não, vai dá certo a cirurgia sua, vai correr tudo bem, põe nas mãos de Deus’, entendeu? como que é, dando força pra gente entendeu? aí isso é muito bom né?” (P19)

Diante desses depoimentos, torna-se evidente que, mesmo em meio à falta de informações e ao temor do desconhecido, os participantes encontraram na fé, no apoio social e na perspectiva de recuperação uma tênue esperança para suportar a espera.

Como apresentado, a análise de conteúdo clínico-qualitativa possibilitou a construção de fases psicológicas que refletem o percurso subjetivo vivenciado pelos participantes durante a espera, a saber: Choque (Tenho uma fratura que precisa de cirurgia e tenho que esperar no hospital pela transferência!); Angústia (Quanto tempo terei que esperar?); Resignação (Esperar né? Fazer o quê? Não tem outro jeito.); e Esperança (Vai dar tudo certo!).

Apesar de organizadas em categorias, foram identificadas propriedades dessas fases que se relacionam: a Interdependência – as emoções e reações psicológicas não ocorreram de forma isolada ou sequencial de maneira rígida, ao contrário, aspectos emocionais de mais de uma fase foram vivenciados, simultaneamente, por uma mesma pessoa; a Não-linearidade – nota-se que não houve progressão linear na transição entre as fases; e a Transição rápida – as transições entre os diferentes estados foram fluidas, muitas vezes ocorrendo abruptamente. A Figura 1 apresenta um diagrama elaborado pelos autores para representar o modelo explicativo dos aspectos envolvidos nesse processo.

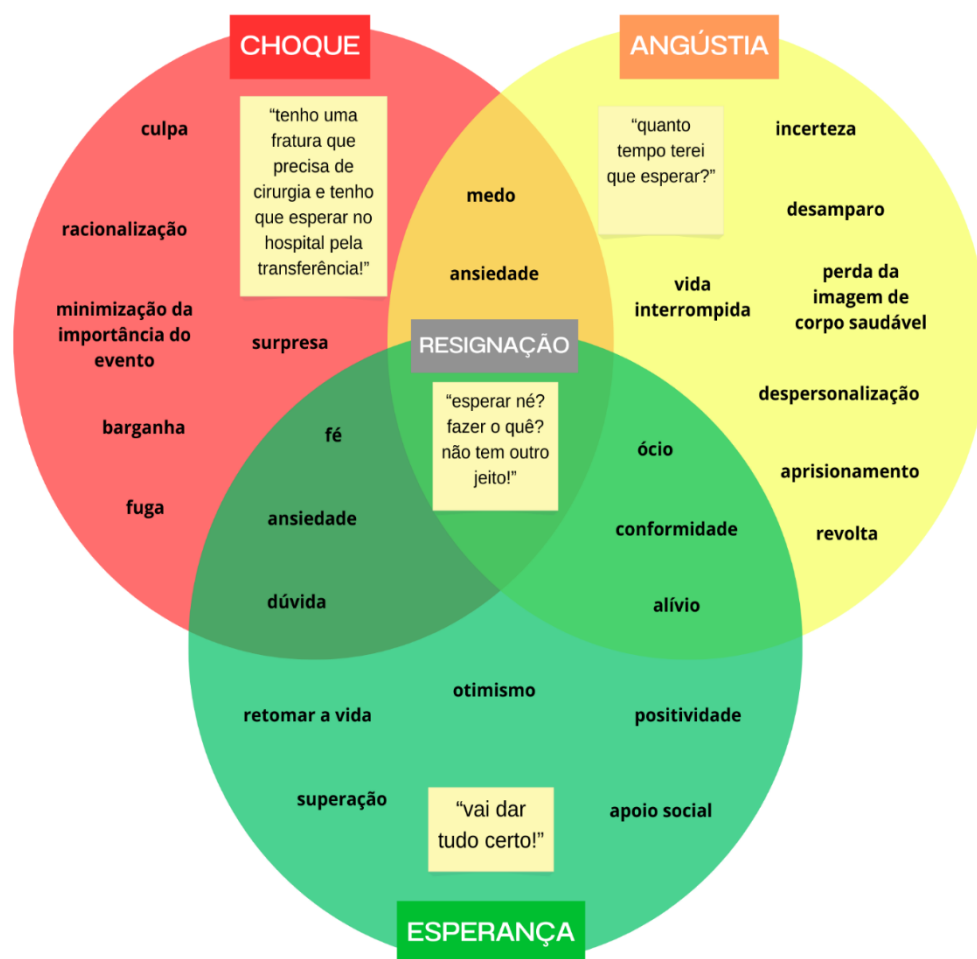


Figura 1. Modelo explicativo: fases psicológicas da espera em hospital pela transferência à cirurgia traumato-ortopédica.

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

DISCUSSÃO

O diagnóstico e o prognóstico de uma doença, mesmo que aguda, como uma fratura que exige correção cirúrgica, mas que interrompe abruptamente o ritmo da vida, pode gerar um impacto inicial acompanhado de descrença, medo e culpa, conforme apresentado pelos participantes deste estudo. Esse impacto é frequentemente associado à dificuldade em assimilar o que está ocorrendo, especialmente em uma situação inesperada que altera a rotina e os planos, como um adoecimento e hospitalização (Simonetti, 2018; Kübler-Ross, 1969/2017). Assim, identificou-se a fase psicológica em que pessoas internadas e submetidas à espera pela transferência à cirurgia traumato-ortopédica passam inicialmente: o choque perceptual.

Nesse momento, a hospitalização é vista como uma ameaça à integridade física e emocional do indivíduo, e a negação surge como mecanismo de defesa atuando na proteção do 'eu' contra o impacto emocional da circunstância, evitando o enfrentamento pleno de seu significado (Laplanche & Pontalis, 1967/2022). Essa negação manifesta-se de diversas maneiras, como as aqui apresentadas: fuga, racionalização ou minimização da gravidade do evento. Tais reações são esperadas diante de situações críticas, como uma internação hospitalar, pois ajudam a amortecer

o impacto emocional de más notícias e oferecem um intervalo para o sujeito lidar com o desconhecido (Simonetti, 2018; Kübler-Ross, 1969/2017).

Com a perda do controle sobre sua própria situação e as incertezas do futuro, os participantes buscaram recuperar alguma autonomia. Estratégias de enfrentamento, como a revolta e a negociação de aspectos do tratamento, como pedir para ser liberado da internação hospitalar, tornam-se comuns nesse contexto. Kübler-Ross (1969/2017) descreve a revolta como uma reação natural que sucede o choque e a negação, caracterizada pelo momento em que o paciente começa a questionar o porquê de estar enfrentando determinada condição, enxergando-a, muitas vezes, como injusta. A barganha também surge como uma tentativa de recuperar o controle sobre a vida, em que os usuários propõem acordos para os profissionais de saúde ou com o sagrado, na expectativa de minimizar o sofrimento ou alcançar resultados mais favoráveis (Kübler-Ross, 1969/2017).

A angústia é outra fase marcante nesse processo. Essa fase é identificada como uma das mais intensas e prolongadas em termos emocionais, já que a incerteza sobre o futuro agrava o sofrimento. No contexto hospitalar, a ausência de informações claras sobre um tratamento necessário gera um estado de aflição permanente. Kierkegaard (1844/2017) define a angústia como mais do que uma ansiedade ou medo comuns. Trata-se de um estado existencial, em que a incerteza diante do desconhecido, ao mesmo tempo esperado e temido, é uma constante. O reconhecimento da angústia como inerente à existência humana, pelos profissionais de saúde, é essencial para oferecerem suporte adequado, com empatia e espaço para que os pacientes possam falar sobre suas frustrações.

Harbache (2018), que entrevistou pacientes na fila de espera para artroplastia total de quadril, identificou que a falta de informações concretas sobre a cirurgia contribui para uma vulnerabilidade emocional. De forma similar, Willinge et al. (2024) identificaram que usuários que aguardam tratamento cirúrgico de fraturas, frequentemente expressam angústia relacionada ao desconhecimento sobre as rotinas hospitalares e à ausência de informações sobre os motivos da espera ou sua duração. Nesse sentido, os autores sugerem a criação de um plano informativo, fornecido aos pacientes, como uma medida simples, mas eficaz para reduzir o estresse e a insegurança.

Outro aspecto destacado pelos participantes foi a sensação de aprisionamento e despersonalização vividos no ambiente hospitalar. Bonin et al. (2016), ao revisitarem as obras de Michel Foucault (*"Vigiar e Punir"* e *"Microfísica do Poder"*) argumentam que os hospitais são organizados de maneira a facilitar o monitoramento dos indivíduos. O controle sobre entradas, saídas e deslocamentos dos internados reflete uma abordagem institucional voltada à supervisão constante. Essas práticas criam uma sensação de confinamento, que afeta diretamente a subjetividade do paciente, reduzindo-o a um objeto sob observação.

Goffman (1961/2020), em *"Manicômios, Prisões e Conventos"*, explora a questão da despersonalização em instituições como os hospitais, onde os indivíduos são reduzidos a um número de leito ou caso clínico e perdem sua identidade. Essa anulação do 'eu' foi observada nos relatos de participantes deste trabalho que se viram desamparados no ambiente hospitalar.

Angerami-Camon (2010) explica que a despersonalização é agravada pelo isolamento, em que o paciente frequentemente se sente excluído das decisões relacionadas ao seu próprio tratamento e isso alimenta sentimentos de solidão e abandono. O

autor explica que tais sensações podem ser amenizadas com uma maior conexão entre equipe de saúde e pacientes. No entanto, essas tentativas de interação frequentemente falham em atingir tal objetivo, principalmente pelo distanciamento imposto pelos profissionais de saúde visando evitar o sofrimento, o que reforça a sensação de vulnerabilidade e isolamento entre os doentes.

Estudos mostram que a percepção de segurança no ambiente hospitalar depende, em grande parte, da qualidade da interação entre paciente e equipe de saúde. Pécuro-Carrasco et al. (2020) destacam que um atendimento humanizado, que permita ao paciente expressar suas preocupações, é necessário para reduzir a sensação de vulnerabilidade. Larsson et al. (2023) reforçam que uma comunicação constante ajuda a criar um ambiente de confiança, importante para trazer bem-estar emocional durante a espera por tratamento. Além disso, a flexibilização de rotinas, como permitir que o paciente escolha certos horários, pode trazer maior sensação de controle e menos aprisionamento no hospital.

Outro ponto importante identificado, que também foi fonte de intensificação da angústia, diz respeito à relação entre corpo e subjetividade. Nota-se que o corpo é central para a construção da identidade e para a participação social. Barros (2018) identifica que a perda da funcionalidade corporal é vivida como um luto pelos pacientes com trauma ortopédico. Essa perda não é apenas física, mas também simbólica, envolvendo mudanças na autoimagem e no papel social.

Para lidar com esse luto, o apoio psicológico é fundamental. Simonetti (2018) reforça que o trabalho do psicólogo no hospital deve focar na escuta e no suporte ao paciente, ajudando-o a reconstruir sua autonomia e identidade, iniciando a elaboração dessa perda.

Neste estudo os participantes fizeram jus ao termo 'paciente', destacando a paciência como necessária diante das circunstâncias. Derivado do latim *patiens*, que significa sofrer ou suportar, este termo sugere passividade e aceitação (Houaiss et al., 2009), carregando um significado simbólico que reflete as expectativas em relação ao comportamento dos usuários durante um tratamento. Essa visão muitas vezes inibe a expressão de dúvidas, preocupações ou insatisfações, criando barreiras para uma comunicação aberta entre paciente e equipe.

Além disso, a ociosidade vivida pelos entrevistados durante a internação trouxe a percepção de que o tempo parecia se arrastar e intensificou a resignação. Johnson et al. (2014) observaram que pacientes em fila de espera por cirurgias ortopédicas experienciaram o tempo de maneira diferente dos profissionais e dos serviços de saúde que trabalham em um ritmo monocrônico. Essa discrepância gera frustrações e destaca a importância de iniciativas que compreendam essa relatividade do tempo e reduzam essa sensação de estagnação.

A crença de que usuários do SUS devem aceitar passivamente a espera também foi mencionada pelos entrevistados. Ribeiro (2017) relaciona essa ideia à influência midiática, que frequentemente enfatiza falhas do sistema público de saúde, reforçando um imaginário coletivo negativo. Essa percepção molda a forma como os usuários veem a si mesmos e o sistema, criando uma espécie de conformidade imposta.

Nota-se que a incerteza sobre transferência para a cirurgia gerou sofrimento constante nos entrevistados, levando-os à fase da resignação como uma maneira de suportá-lo. Simonetti (2018) entende a resignação como uma posição de passividade, em que o paciente cede à circunstância de estar hospitalizado. Straub (2014)

argumenta que essa resignação pode ser benéfica em certas situações, ajudando o indivíduo a preservar o equilíbrio emocional. No entanto, os autores concordam que ela também pode levar à desesperança, o que exige atenção especial da equipe de saúde, de forma a manejá-la com um apoio genuíno em detrimento do otimismo forçado, transformando essa resignação em ressignificação dessa experiência.

Alguns participantes expressaram medos e dúvidas frequentemente associados à realização de procedimentos cirúrgicos, como o receio de não acordar da anestesia ou de morrer durante a cirurgia. De acordo com estudos, pacientes que recebem informações claras sobre procedimentos e suas possíveis reações tendem a apresentar níveis moderados de medo e estresse, além de menor preocupação com as sensações corporais (Padsala et al., 2023; Longo et al., 2023; Barros, 2018). Complementarmente, Straub (2014) destaca que recursos como a fé e o otimismo – utilizados por entrevistados deste estudo – contribuem para o enfrentamento do estresse e do medo associados a intervenções invasivas e, portanto, não devem ser subestimados no cuidado clínico.

Por fim, a espera, marcada por incertezas, dá lugar também à fase da esperança, refletindo um movimento natural em que os participantes começaram a vislumbrar a recuperação e o retorno à normalidade após a cirurgia, apesar dos receios com o procedimento, o que os motivou a continuar aguardando. Kübler-Ross (1969/2017) destaca que a esperança é fundamental no enfrentamento do adoecimento, funcionando como um alicerce emocional e, portanto, não deve ser desmotivada. Porém, neste caso, é importante que os profissionais também considerem esta esperança como uma substituta daquilo que os pacientes realmente desejam e assim trabalhem para satisfazer tais necessidades, ao invés de simplesmente alimentarem suas esperanças.

Nesse contexto, Straub (2014) ressalta que o apoio social desempenha um papel importante ao nutrir a esperança em situações de doença e tratamento. Além disso, Brito et al. (2018) apontam que o suporte social adequado pode amenizar os impactos do estresse, ao oferecer distrações e estímulos positivos. Esse tipo de apoio não apenas reduz a ansiedade, mas também reforça a confiança nos resultados do tratamento, evidenciando como os laços afetivos são essenciais para manter viva a esperança ao longo da espera.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo identificou e explorou as fases psicológicas vividas por pessoas que estiveram internadas à espera por transferência para cirurgia traumato-ortopédica, destacando um caminho emocional marcado por sofrimento e superação. Esse percurso psicológico abrangeu as fases de choque, angústia, resignação e esperança que se manifestaram de forma não linear.

Inicialmente, o choque perceptual predominou diante do diagnóstico de fratura e da necessidade de internação para aguardar pela transferência à cirurgia. A espera intensificou a angústia devido à imprevisibilidade dessa realocação para o hospital de destino e esse processo levou à resignação em que os participantes aceitaram a situação incontrolável, mesmo que alguns expressassem indignação. Com o agendamento da transferência surgiu a esperança de recuperação, embora o receio pela intervenção cirúrgica permanecesse.

A noção de fases psicológicas trazida aqui auxilia na compreensão de que o processo psicológico de adaptação à espera pela transferência para cirurgia traumato-ortopédica é dinâmico, complexo e subjetivo, portanto, não deve ser entendido de forma rígida, como um percurso uniforme pelo qual todas as pessoas que vivenciam um processo de adoecimento, espera e hospitalização, necessariamente, passarão. Isto posto, ressalta-se que, para as generalizações dessas fases, deve-se antes considerar a complexidade de cada indivíduo.

Este trabalho, que também evidencia dinâmicas sutis do contexto hospitalar, se limita a ser um princípio de formulação conceitual, sendo necessárias outras investigações com delineamentos que visem observações detalhadas do *setting* hospitalar e o acompanhamento dos pacientes ao longo da hospitalização a fim de obter ainda mais dados, inclusive de usuários que aguardam hospitalizados por outras modalidades de procedimentos. De todo modo, almeja-se que as contribuições deste estudo ofereçam aos psicólogos hospitalares, demais profissionais e gestores da área da saúde uma compreensão sobre o público estudado e os auxiliem no cuidado a esses sujeitos.

CONTRIBUIÇÃO AUTURAL

Concepção do estudo: AGS, MC; **coleta de dados:** AGS.; **análise dos dados:** AGS, MC, CLO; **redação do manuscrito:** AGS, MC, CLO; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** AGS, MC, CLO, CC, LA, BVA, NFA.

REFERÊNCIAS

- Ahmed, S. K., Mohammed, M. G., Abdulqadir, S. O., Abd El-Kader, R. G., El-Shall, N. A., Chandran, D., Rehman, M. E. U., & Dhama, K. (2023). Road traffic accidental injuries and deaths: a neglected global health issue. *Health Science Reports*, 6(5), e1240. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1240>.
- Angerami-Camon, W. A. (2010). O psicólogo no hospital. In W. A. Angerami-Camon (Ed.), *Psicologia hospitalar: teoria e prática* (2a ed., pp. 1-14). Cengage Learning.
- Barros, E. A. (2018). Ajustar-se criativamente é preciso: experiências e enfrentamentos em leitos da pré-cirurgia ortopédica. *Revista do NUFEN*, 10(2), 1-19. <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol10.n02artigo28>.
- Bonin, J. C., Panatta, D. J., & Abelo, Q. C. (2016). O controle sobre o corpo segundo Vigiar e Punir e Microfísica do Poder, de Michel Foucault. *Ponto de Vista Jurídico*, 5(1), 62-76.
- Brito, A., Pinheiro, J. P., & Remor, E. A. (2018). Apoio social. In E. K. Castro & E. A. Remor (Eds.), *Bases teóricas da psicologia da saúde* (pp. 152-178). Appris.
- Carvalho, C. H. R., & Guedes, E. P. (2023). *Balanço da primeira década de ação pela segurança no trânsito no Brasil e perspectivas para a segunda década*. IPEA. <http://doi.org/10.38116/ntdirur42-port>.
- Faria-Schützer, D. B., Surita, F. G., Alves, V. L. P., Bastos, R. A., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2021). Seven steps for qualitative treatment in health research: the clinical-qualitative content analysis. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(1), 265-274. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.07622019>.
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000500025>.

- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17–27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
- Goffman, E. (2020). *Manicômios, prisões e conventos* (9a ed., D. M. Leite, Trad.). Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1961).
- Harbache, L. M. A. (2018). *Enquanto a cirurgia não chega: a experiência dos pacientes na fila de espera de artroplastia total de quadril* [Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Repositório Institucional. <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/11173>.
- Houaiss, A., Villar, M., & Franco, F. M. M. (2009). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Objetiva.
- Johnson, E. C., Horwood, J., & Gooberman-Hill, R. (2014). Conceptualising time before surgery: the experience of patients waiting for hip replacement. *Social Science and Medicine*, 116, 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.037>.
- Kierkegaard, S. (2017). *O conceito de angústia* (3a ed., Á. Valls, Trad.). Vozes. (Trabalho original publicado em 1844).
- Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer* (10a ed., P. Menezes, Trad.). WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969).
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2022). *Vocabulário da psicanálise* (5a ed., P. Tamen, Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967).
- Larsson, F., Strömbäck, U., Gustafsson, S. R., & Engström, Å. (2023). Perception of feeling safe perioperatively: a concept analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 18(1), 2216018. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2216018>.
- Lentsck, M. H., Sato, A. P. S., & Mathias, T. A. F. (2019). Epidemiological overview: 18 years of ICU hospitalization due to trauma in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 53, 83. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001178>.
- Longo, U. G., Panattoni, N., Salvatore, S., Marchetti, A., De Marinis, M. G., & Denaro, V. (2023). A qualitative assessment of experiences and perception during pre-admission for rotator cuff repair surgery. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06350-9>.
- Maia, C. R. A. (2022). *Regulação de leitos de retaguarda da rede de atenção às urgências para internação em um hospital especializado em traumato-ortopedia: buscando inovação para otimizar o tratamento de pacientes com fratura de fêmur* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório Institucional. <http://hdl.handle.net/1843/49869>.
- Ministério da Saúde (BR). (2008). *Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde - SUS*. Recuperado em 9 de dezembro de 2024, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html.
- Ministério da Saúde (BR). (2024, 9 dez.). Morbidade hospitalar do SUS por fraturas. DATASUS. Recuperado em 9 de dezembro de 2024, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def>.
- Padsala, K., Patel, H., Nakum, R., & Sojitra, N. P. (2023). Role of detailed information about anaesthesia during PAC to reduce patient's anxiety during the perioperative period. *Current Medicine Research and Practice*, 13(5), 226–231. https://doi.org/10.4103/cmrp.cmrp_148_23.
- Péculo-Carrasco, J.-A., De Sola, H., Casal-Sánchez, M.-M., Rodríguez-Bouza, M., Sánchez-Almagro, C.-P., & Failde, I. (2020). Feeling safe or unsafe in prehospital emergency care: a qualitative study of the experiences of patients, carers and healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23–24), 4720–4732. <https://doi.org/10.1111/jocn.15513>.
- Ribeiro, L. H. L. (2017). O Sistema Único de Saúde (SUS) como um macrosistema: território, técnica e política. *GEOUSP: Espaço e Tempo (Online)*, 21(3), 737–754. <https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2017.118291>.

- Silva, R. P., Pinto, P. I. P., & Alencar, A. M. C. (2018). Efeitos da hospitalização prolongada: o impacto da internação na vida do paciente e seus cuidadores. *Saúde (Santa Maria)*, 44(3), e24876. <https://doi.org/10.5902/2236583424876>.
- Silva, W. R. (2017). *Os acidentes de trânsito e os impactos na saúde pública* [Trabalho de conclusão de curso de especialização, Universidade Federal do Tocantins]. Repositório Institucional. <http://dspace.mj.gov.br/handle/1/4618>.
- Simonetti, A. (2018). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença* (8a ed.). Editora Artesã.
- Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. (2011). *Manual de trauma ortopédico*. Recuperado em 9 de dezembro de 2024, de https://sbot.org.br/wp-content/uploads/2018/09/MANUAL_TRAUMA_ORTOPEDICO.pdf.
- Souza, V. R. S., Marziale, M. H. P., Silva, G. T. R., & Nascimento, P. L. (2021). Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial* (3a ed., B. Shayer & R. C. Costa, Trads.). Artmed.
- Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas* (6a ed.). Vozes.
- Willinge, G. J. A., Spierings, J. F., Mathijssen, E. M., Goslings, J. C., Twigt, B. T., & van Veen, R. N. (2024). Orthopaedic trauma patients' experiences with emergency department care and follow-up through virtual fracture care review: a qualitative study. *BMJ Open*, 14(2), e076040. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-076040>.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Editora assistente: Layla Raquel Silva Gomes

Editor associado: Thiago Vasconcellos

Secretaria editorial: Monica Marchese Swinerd

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias
