

C 539058
R 1395882
03/05/01
R\$ 2,75-

Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
(Mestrado)

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1395882	
03 / 05	12001

ok

SENTIMENTOS DOS PACIENTES POR OCASIÃO
DA SUSPENSÃO DE SUAS CIRURGIAS EM UM
HOSPITAL DE MANAUS - AM, 1998

MIRIAM DA SILVA ROCHA

TESE
610.73677
R 5742
1999
ex. 2

FORTALEZA - CE
1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

C539058

MIRIAM DA SILVA ROCHA

**SENTIMENTOS DOS PACIENTES POR OCASIÃO
DA SUSPENSÃO DE SUAS CIRURGIAS EM UM
HOSPITAL DE MANAUS – AM, 1998**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade Farmácia, Odontologia e Enfermagem, como um dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Orientadora: Dra. Glória da Conceição Mesquita Leitão
Co-orientador: Dr. Rui Verlaine Oliveira Moreira

**FORTALEZA – CE
1999**

FICHA CATALOGRÁFICA

R 574s Rocha, Miriam da Silva

Sentimentos dos pacientes por ocasião da suspensão de suas cirurgias em um Hospital de Manaus / Miriam da Silva Rocha. – Fortaleza, 1999.

55f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Glória da Conceição Mesquita Leitão

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

1. Enfermagem médico-cirúrgica 2. Pacientes internados. 3. Cirurgia-adiamento-sentimentos.

I. Título.

CDD 610.73677

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
- MESTRADO -

Miriam da Silva Rocha

Dissertação aprovada em: 20/04/1999.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Glória da Conceição Mesquita Leitão (Orientadora)

Presidente

Prof. Dr. Paulo César Almeida

2º Examinador

Prof^a Dr^a Raimunda Magalhães da Silva

3ª Examinadora

Prof^a Dr^a Enedina Soares

Examinadora Suplente

Este trabalho está inserido na linha de pesquisa Assistência participativa de enfermagem no processo saúde / doença .

Pesquisa financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal Nível Superior (CAPES), abril de 1998/abril 1999.

DEDICATÓRIA

Ao supremo Deus, fonte de toda inspiração e amigo de todos os momentos.

Aos meus pais, Francisco Sabino e Maria Luiza, por me terem dado vida e sabido conduzir minha existência.

Aos clientes participantes deste estudo que me proporcionaram esta abordagem fenomenológica.

Dedico este estudo.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Glória da Conceição Mesquita Leitão, minha orientadora, amiga, que me acolheu e orientou de forma competente e segura.

Ao Prof. Dr. Rui Verlaine Oliveira Moreira, Mestre dedicado, pela disponibilidade em ajudar.

À Profª Drª Enedina Soares, pelo apoio e colaboração na construção deste estudo.

À Profª Drª Maria de Nazaré de Oliveira Fraga, pela colaboração científica e compreensão a toda hora.

Ao corpo docente do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFC, em especial a Profª Drª Raimunda Magalhães da Silva, Profª Drª Thelma Leite de Araújo e Profª Drª Graziela Teixeira, pelos ensinamentos.

Às minhas colegas de turma do mestrado, pelo convívio compartilhado, em especial às colegas Jacira, Lígia, Fátima e Francelina.

Às funcionárias da secretaria, Valma, Roberta, Joelna e Adeli, pelo apoio.

Aos meus irmãos Carlos, Derbe, Lúcia, Vera, Ruth, Raquel, que compartilharam minhas preocupações de trabalho nesta trajetória.

Ao corpo docente da Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade do Amazonas, por ter proporcionado minha liberação para cursar mestrado, em especial às colegas Iracema Nogueira, Nair Chase, Ilse Sodré, Arinete Veras, Margareth Mendonça, Edméa Vieira.

À direção do Hospital Universitário Getúlio Vargas e a equipe de enfermagem, por terem me proporcionado o campo de estudo, em especial a enfa. Mª Francinete M. Rente.

À Ivanize Silva, amiga especial pelo carinho e apoio dedicado.

Ao amigo Miquéias Fernandes, pela disponibilidade e apoio.

À prima e amiga Jossineide Maciel, pela amizade e dedicação em ajudar.

À amiga Minervina Marinho, pela amizade e dedicação no decorrer do curso.

À família Vidal, José, Lindalva, Déborah e Marcelo, pela amizade e paciência com que me escutou nos momentos de incertezas no decorrer desta trajetória.

À todos que não explicitarei, mas que fazem parte da minha existência, muito obrigada.

**Bendize, ó minha alma ao
Senhor, e tudo o que há em
mim bendiga o Seu santo
nome.**

Salmo 103, 1

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	01
1.1	BUSCANDO O OBJETO DE ESTUDO.....	01
1.2	OBJETIVOS DO ESTUDO.....	05
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	06
2.1	SITUANDO A CIRURGIA COMO FENÔMENO.....	06
2.2	REFERINDO OS SENTIMENTOS DO PACIENTE CIRÚRGICO.....	08
3	METODOLOGIA.....	11
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO FENOMENOLÓGICO.....	11
3.2	OS PRESSUPOSTOS DE MERLEAU PONTY.....	13
3.3	DESCRIÇÃO DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	16
3.4	CENÁRIO DO ESTUDO.....	17
3.5	A PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.....	18
3.6	COLETA DE DADOS.....	22
4	ANÁLISE DOS DADOS.....	25
4.1	LEITURA DOS DISCURSOS.....	26
4.2	RELEITURA DOS DISCURSOS.....	38
4.3	APREENSÃO DO MUNDO PESSOAL DOS PACIENTES.....	38
4.4	SÍNTESE E AGRUPAMENTO DAS UNIDADES E SIGNIFICADOS.....	39
5	RESULTADOS.....	40
5.1	CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	40
6	REFLEXÃO SOBRE O ESTUDO.....	48
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

ANEXOS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Causas das suspensões de cirurgias em um Hospital Público de Ensino, Manaus 1997 -----	2
Tabela 2 – Distribuição dos pacientes, segundo o sexo-----	23
Tabela 3 – Distribuição dos pacientes, segundo a faixa etária-----	23
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes, segundo o tipo de cirurgia e a especialidade médica-----	24

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Alguns critérios constantes do Regimento do centro cirúrgico do Hospital de Ensino, Manaus 1997-----20
- Quadro 2** – Demonstrativo das cirurgias programadas suspensas, realizadas, reprogramadas, abandonadas no Hospital Público de Ensino em Manaus 1997-----21
- Quadro 3** – Categorização dos sentimentos e identificação dos pacientes-----40

RESUMO

Estudo centrado nos sentimentos do paciente como ser no mundo que teve sua cirurgia suspensa. Objetivou-se compreender estes sentimentos, mediante as falas de 36 pacientes selecionados por interesse, dentre os relacionados nos programas cirúrgicos de um hospital público de ensino ligado a Universidade do Amazonas. Estes pacientes foram entrevistados na instituição até 24 horas após a suspensão de suas cirurgias. Os dados foram levantados em junho e julho de 1998 e obtidos a partir de entrevistas com roteiro semi-estruturado, contendo a questão norteadora *conte para mim o que sentiu quando soube da suspensão de sua cirurgia*. As falas foram organizadas e interpretadas numa compreensão fenomenológica; tomou-se como base os pensamentos de MERLEAU-PONTY expressos na sua obra **Fenomenologia da percepção**. O fenômeno compreendido está representado por cinco categorias de sentimentos: medo, ansiedade e preocupação, indignação, frustração e resignação. Conclui com a reflexão sobre a compreensão dos seres humanos nos seus contextos existenciais, suas dúvidas, suas expectativas e seus pensamentos no propósito de ser-no-mundo naquilo que representa.

ABSTRACT

Study it tried to center our proposal in the patient's feelings as being in the world that had its suspended surgery. It was objectfied to understand these feelings, of 36 patient's speeches selected by interest, from the related ones in the surgery programs of a public teaching hospital at the University of Amazonas. These patient were interviewed in the Institution up to 24 hours after the suspension of its surgeries. The data were collected in June and July of 1998 and obtained starting from a semi-srtuctured route, contends the main question *tell me what you felt when knew about the suspension of its surgery*. The speeches were organized interpreted, in a phenomenology understanding, and it was taken as beses the expressed thoughts of MERLEAU-PONTY in its work **Phenomenology of the perception**. The understood phenomenon is represented by five categories of feelings: fear, anxiety and concern, indignation, frustation and resgnation. It ends with the reflection on the human beings understanding in its existential contexts, its doubts, its expectations and its thoghts in the be-in-world purpose in that what represents.

1 INTRODUÇÃO

1.1 BUSCANDO O OBJETO DE ESTUDO

O despertar para este estudo surgiu durante o estágio da disciplina Enfermagem Cirúrgica, quando eu era aluna, do curso de graduação em enfermagem. Naquela ocasião tive a oportunidade de observar a frustração das pessoas que tinham como única opção de cura o tratamento cirúrgico e que, por motivos desconhecidos, tiveram seus tratamentos suspensos inusitadamente.

Ao ingressar na carreira docente e ministrar a disciplina Enfermagem Cirúrgica no curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade do Amazonas observei nos últimos anos, um incremento nas suspensões de cirurgias, o que contribuiu para o abandono do tratamento por um certo número de pacientes.

Essa oportunidade me fez refletir sobre a problemática dessas pessoas e, aos poucos, fui sentindo uma inquietude que me levou a indagar quais sentimentos experienciaram esses pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas.

Para ampliar este conhecimento busquei como fonte de pesquisa o serviço de arquivo médico e a secretaria do centro cirúrgico do Hospital onde eu trabalhava e cheguei ao seguinte demonstrativo:

Tabela 1 – Causas das suspensões de cirurgias num hospital público de ensino. Manaus, 1997.

CAUSAS	F	%
Não comparecimento do preceptor médico às atividades cirúrgicas	534	39,0
Deficiência de recursos materiais e financeiros	422	30,9
Estado clínico desfavorável do paciente	295	21,6
Greve dos anestesistas / preceptores	58	4,3
Desistência do paciente	30	2,1
Falta de assiduidade dos anestesistas – preceptores	30	2,1
TOTAL	1369	100

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do Hospital Público de Ensino em Manaus, jan – dez de 1997.

Ficou evidente que a maior freqüência (39,0%) das suspensões de cirurgia teve como causa a ausência do preceptor médico aos procedimentos cirúrgicos programados, seguida da causa decorrente da falta de recursos materiais e financeiros (30,9%). Entretanto, estas causas são extrínsecas ao estado de ser paciente.

* Suspensão de cirurgia é fato que implica em perdas, sobretudo para os pacientes que se empenham em superar obstáculos até chegar à marcação da cirurgia. Implica, também, em perda econômica para o hospital que depende de verbas do governo, em custos de manutenção e funcionamento 6 a 10 vezes mais elevados que nos hospitais privados e, mesmo assim, oferece menor eficiência, (KARA et al, 1995:223).

O paciente cirúrgico é um ser que vive em situação especial na dependência parcial ou total do outro e sofre diversas agressões, quer no aspecto físico, quer no psicológico. O simples fato do cliente ter que submeter-se a uma cirurgia desperta nele sentimentos de dúvidas quanto a internação, aos procedimentos pré, trans e pós-operatórios, assim como sentimentos de medo da anestesia e tensão pelo próprio ato cirúrgico.

A cirurgia é uma agressão física e psicológica ao paciente, por isso há que respeitar-se aquilo que o organismo levou longo tempo para aprender a fazer (GRAZIANO & GATTO, 1992:45). O paciente se angustia ante o medo do desconhecido, sente-se desamparado e temeroso pela incerteza da cura. Por essa razão deve-se tranquilizar o paciente, esclarecer suas dúvidas e estimular sua confiança em si e na equipe.

O ser-cirúrgico exige da equipe de saúde não só uma relação pessoa-pessoa, mas também, um espaço para se expressar como humano na unidade existente entre o sujeito e corpo, fato essencial na percepção humana (LUCKMANN & SORESEN. 1989).

A percepção da pessoa inclui a percepção de si própria e a percepção do outro. Na percepção de si própria tem-se a considerar a forma como se obtém esse tipo de conhecimento e a importância do que se reveste para efeito de organização da conduta; na percepção do outro, o si próprio revela-se dotado de percepção interior provido de experiências semelhantes das outras pessoas que o cercam (PENNA, 1982:43).

É na percepção da dependência do outro que se faz necessária a compreensão do profissional, naquilo que o ser-doente precisa ser atendido. Conceder-lhe completa existência de ser-no-mundo é imaginar-se no lugar dele, é perceber a vida e o significado do que é ser dependente de outrem. Consequentemente causa preocupação desvelar como se sente o paciente que é dependente do outro na expectativa da pronta intervenção e atenção humanitária. Rotineiramente nota-se que o paciente, no hospital, sente-se frustrado na sua existência e sem significado para a equipe profissional.

É na estrutura homem-mundo que, segundo a concepção de Merleau-Ponty está incluído não só o significado formal, mas a própria existência. Daí, porque, este estudo centra-se no desvelamento do sentimento do paciente como ser, procurando compreendê-lo na sua dimensão humana, considerando-o em sua totalidade, numa perspectiva fenomenológica. A compreensão dos sentimentos dos pacientes por ocasião da suspensão da cirurgia foi encontrada fundamentalmente em Merleau-Ponty que considera o ser-para-si e o ser-no-mundo. Baseou-se também, no modo de pensar de Husserl que define a fenomenologia como o retorno à experiência do vivido. A fenomenologia foi minha opção metodológica. Ela postula tanto o reconhecimento da intersubjetividade quanto a elaboração da compreensão objetiva.

1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Geral :

Compreender os sentimentos dos pacientes internados num Hospital Público de Ensino em Manaus, que tiveram sua cirurgia suspensa.

Objetivos Específicos:

Interpretar os sentimentos a partir das falas dos pacientes que tiveram a cirurgia suspensa.

Avaliar a expectativa dos pacientes ante a reprogramação de suas cirurgias.

Refletir sobre a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde do hospital em estudo, para a adoção de uma assistência planejada e humanizada.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SITUANDO CIRURGIA COMO FENÔMENO

Considerou-se neste estudo a cirurgia como um método de tratamento de doenças, lesões ou deformidades internas, executado com técnicas, geralmente, auxiliadas com instrumentos. É o tipo de terapêutica que exige segurança e controle, tendo como objetivo devolver o paciente à comunidade o mais íntegro, anatomicamente, possível (BARROS et al, 1996:9). De acordo com GALLUCCI (1968:8-16), a cirurgia procura remover focos de infecção, através de técnicas manuais e instrumentais que restauram funções alteradas no organismo. É uma das formas terapêuticas mais utilizada pela medicina na cura das doenças.

A história das antigas civilizações relatada por SILVA, M.A., A., et al (1997:65) informa a realização de procedimentos cirúrgicos pelos povos primitivos. Esses procedimentos foram, em geral, mal sucedidos por causa do desconhecimento dos mecanismos orgânicos, tais como a falta de controle da hemorragia, da dor e, conseqüentemente, da contaminação. Dentre os povos primitivos, os egípcios conseguiram realizar circuncisão e cirurgias oftálmicas. Há 4.000 anos a.C., já se encontravam documentos recomendando a limpeza das mãos e das unhas antes de qualquer procedimento cirúrgico, bem como o uso de água fervida e vinho no cuidado da ferida operatória. As autoras citadas registraram também, que, na Babilônia, no ano 2.242 a.C. os cirurgiões constituíam uma classe inferior e eram severamente controlados pelas leis do código de Hamurábi que prescrevia a amputação dos dedos do cirurgião caso

corresse em erro. Na Grécia (séculos VI e V a.C.) os médicos atavam de fraturas em geral, fístulas e hemorróidas.

A cirurgia deve muito ao anatomista científico Andreas Versálio, que deu início às dissecações detalhadas e precisas (1514 – 1564), a Ambrose Parét (1552), cirurgião francês, que introduziu o uso de ligadura na prevenção da hemorragia (LOPES, 1969), a John Hunter que em 1794 utilizou o método experimental usando animais para desenvolver as técnicas operatórias antes de aplicá-las ao homem. Uma contribuição importante foi dada por Louis Pasteur (1822-1895), considerado o pai da teoria do germe da doença e o primeiro a mostrar que a putrefação era causada por microrganismos vivos, deduzindo, conseqüentemente, que a formação de pus na ferida operatória tinha uma patogênese semelhante. Em 1867, Lister introduziu o conceito de cirurgia anti-séptica. Com a evolução dos princípios da assepsia e o controle da dor por Morton em 1846 o ato cirúrgico alcançou notoriedade no campo da ciência. A partir do século XIX a cirurgia passou a ser um ramo da medicina científica. (FERRAZ, 1982; PEREIRA, MORIYA, 1994).

* Apesar das inúmeras descobertas, muitos obstáculos representam ameaça ao procedimento cirúrgico seguro, merecendo destaque os seguintes fatores: os atribuídos ao paciente (condições físicas e condições emocionais), os atribuídos à equipe cirúrgica (de responsabilidade da competência profissional), os atribuídos à anestesia (compreendendo os procedimentos anestésicos e as próprias substâncias anestésicas), os atribuídos à enfermagem (aqueles relacionados a capacitação de pessoal e a previsão de recursos materiais e ambiente seguro) e os atribuídos à instituição

hospitalar (as falhas no acionamento do sistema de luz de emergência). Portanto, a vigilância destes aspectos deve ser acurada e contínua a fim de evitar danos ao paciente submetido a tratamento cirúrgico.

Todos os riscos cirúrgicos são considerados possibilidades de dano ao paciente o que SANTOS (1982:58) define como probabilidade de perda ou lesão associada a uma ação.

2.2 REFERINDO OS SENTIMENTOS DO PACIENTE CIRÚRGICO

Um procedimento cirúrgico por menos complexo que seja, desencadeia uma reação fisiológica na pessoa. É um momento de extrema expectativa tanto para o paciente quanto para sua família. O paciente hospitalizado traz consigo inúmeras dúvidas a respeito do que lhe possa acontecer. São freqüentes as manifestações de ansiedade e medo. São reações emocionais imprevisíveis ante a indicação do tratamento cirúrgico e dependem da cultura, notadamente do modo como é dada a informação da necessidade desse tratamento. Pode se dar como referência: SMELTZER & BARE (1994).

Quanto mais humilde e desprovido de cultura é o paciente, mais docilmente aceita a proposta cirúrgica. É colaborador, suporta o sofrimento com estoicismo e determinação, o que facilita muito o pré, o intra e o pós-operatório (GOLDEMBERG, BEVILACQUA, 1981:65-98).

A extensão das reações dos pacientes segundo SMELTZER & BARE (1994), baseiam-se em muitos fatores, incluindo os incômodos e sacrifícios que terão que fazer, quer sejam fixo, financeiro, psicológico ou social. A perda do emprego, a preocupação com o sustento da família ou ainda, a possibilidade de uma deficiência permanente deixam o paciente aborrecido, desnorteado, ou incapaz de seguir a mais simples orientação.

CAVALCANTE, et al (1998:87), advertem que todo paciente necessita ter conhecimento da situação na qual se encontra para poder administrá-la adequadamente. Estas autoras também acreditam que o conhecimento da situação vivenciada gera medo e insegurança por ser indefinível, imprevisível e incontrolável. Em frente do desconhecido o paciente não sabe para o quê preparar-se, nem como preparar-se para enfrentá-lo. Daí, porque, DE FAZIO-QUINN (1997:377) considera que o paciente tem um papel ativo na sua experiência cirúrgica e por isso deve ser informado de todas as decisões tomadas a seu respeito e deve ser estimulado a participar de todas as fases do tratamento.

* Na concepção de FERRAZ (1978:167-169) a equipe cirúrgica, tanto médica quanto de enfermagem, deve proporcionar ao paciente a oportunidade de ocupar o lugar de destaque na equipe, visto ser ele que possui os dados que ajudarão no planejamento e na implementação do próprio tratamento.

Outro aspecto que merece destaque é o significado da cirurgia para o paciente. Para este, a cirurgia pode significar, segundo SILVA, M.A.A, et al (1997:130): ***Ato de confiança; ato de aceitação ou submissão; invasão da intimidade e fator causal do medo.***

Estes fatores devem ser levados em consideração na compreensão dos sentimentos originários da suspensão cirúrgica. Para BIANCHI (1984:155) a suspensão de cirurgia é um acontecimento extremamente importante, mas, nem sempre recebe a devida atenção por parte da equipe de saúde e da própria instituição. O ato cirúrgico por menor que seja é sinônimo de crise para a maioria das pessoas e determina comportamentos noutra situação traumática qualquer. BELAND & PASSOS (1979:89-154).

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO MÉTODO FENOMENOLÓGICO

Este estudo utilizou o método fenomenológico e teve por referencial teórico o filósofo Merleau-Ponty. A intenção foi de ampliar a consciência para a relação existente entre o sujeito e o objeto, a fim de melhor descrever o fenômeno e chegar à sua essência. O método fenomenológico implica na descrição, na redução fenomenológica e na compreensão do fenômeno. Este mostra-se onde há um sujeito que vive uma situação. É possível que se mostre a partir das descrições do sujeito da experiência.

Descrever é ato direcionado a alguém, envolve o sujeito que está adiante da coisa descrita. O pesquisador usa a descrição como um ponto de acesso às situações vividas pelo sujeito. Coloca-se no mundo do sujeito e assume esse mundo de maneira tão vital quanto possível (MARTINS & BICUDO, 1994: 69-89). Na fenomenologia a descrição dá a relação ideológica entre o sujeito e o outro. As descrições traduzem as respostas ao pesquisador e referem-se às experiências que os sujeitos vivenciam, fazendo uma tradução dos significados. À medida que o pesquisador se familiariza com a descrição, as unidades dos significados começam a surgir, e têm como objetivo buscar a essência, ou a estrutura do fenômeno que mostram, o que TRIVIÑOS (1987:175) denomina de consciência intencional perante o objeto.

A redução fenomenológica tem por objetivo selecionar as partes da descrição consideradas essenciais. O pesquisador deve deixar de lado os pré-conceitos e procurar o que se mostra, imagina, lembra, raciocina, organiza e compreende o essencial. A redução é um caminho proposto para a recuperação do sentido primordial, do qual geralmente a pessoa se alheia, ou adere às propostas de acabamento. Alguns chamam de **redução fenomenológica** à **redução eidética**, ou redução da essência (HUSSERL, 1980).

Para a compreensão do fenômeno o pesquisador deve centrar-se no sujeito da experiência, cujo discurso pode desvelar o fenômeno encoberto, o que HEIDEGGER (1993:58-59), outro fenomenólogo, denomina de ato de interpretação na investigação fenomenológica.

A fenomenologia possibilita o acesso ao sujeito da experiência daquilo que constitui o contexto de uma interrogação; aquilo que se mostra enquanto fenômeno. Daí, porque, concorda-se com CHAUI (1992:238), que conceitua *a fenomenologia como o estudo ou a ciência. Phainomenon: significa aquilo que se mostra, o manifesto, o revelado. Pha é semelhante ao grego phos, enquanto luz ou brilho, aquilo em que algo pode tornar-se manifesto, pode tornar-se visível. Phainomenon, portanto é o conjunto daquilo que se revela à luz do dia, ou que pode ser revelado, aquilo que é. A expressão fenomenologia possui duas expressões gregas, phanomenon (fenômeno o que se mostra por si mesmo), logos (discurso de si mesmo). É a descrição de todos os fenômenos, ou eidos ou essências, ou significação de todas estas realidades: materiais, naturais, ideais, culturais.*

A fenomenologia é o estudo das essências, quer sejam da percepção, ou da consciência. É uma filosofia que repõe as essências na existência e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira, senão a partir de sua facticidade, (MERLEAU-PONTY, 1994:1)

O termo fenomenologia foi empregado pela primeira vez em 1764, pelo físico alemão Jonh Heinrich Lambert, para designar um campo de investigação. Mas foi em 1807 com HEGEL (1992) em a ***Fenomenologia do Espírito*** que a fenomenologia fundamentou-se na vida humana no intuito de desvendar seu significado (HEGEL; 1990:293; MARTINS, 1992:21-62). O método fenomenológico pressupõe a descrição da experiência humana sem alterá-la, sem modificar o fenômeno, por ser uma ciência descritiva e rigorosa que busca explicação da essência. Como ciência concreta a fenomenologia mostra e explica a essência do vivido. Com o surgimento da filosofia da consciência o filósofo HUSSERL (1990), procurou desvelar as vivências nas ciências humanas, considerando a consciência como alguma coisa voltada para o mundo exterior, como um ato intencional de constituir essências, dando-lhes significados.

3.2 OS PRESSUPOSTOS DE MERLEAU-PONTY

Merleau-Ponty teve como principais interlocutores Husserl, (dimensão fenomenológica da filosofia), Heidegger (dimensão existencial), Goldstein e Levi-Strauss (dimensão estrutural), Hegel e Marx (dimensão dialética) e Kant (dimensão transcendental). Para ele a maneira de conceber a fenomenologia foi perceptiva. Segundo ele, quando os cientistas chegam, o mundo já

Eidético vem de eidos, palavra grega que tem o significado de essência

construído . Neste sentido a ciência é secundária em relação à percepção. É com esta visão que Merleau-Ponty, na trilha de Husserl, diz que o mundo se constitui como percebido: ***minha percepção é como um feixe de luz que revela os objetos onde eles se encontram e manifesta sua presença latente.***(MERLEAU-PONTY,1990^a).

A primeira grande idéia da fenomenologia de Merleau-Ponty é que a percepção faz surgir um mundo que aparece tal como foi percebido. Ele nos dá acesso às próprias coisas e ao mundo real. A consciência perceptiva é tida como uma consciência existencial, cujo ato próprio é o reconhecimento da existência dos existentes. Merleau-Ponty, inspirado em Goldstein, diz que a existência faz sentido como ser-no-mundo; fala das estruturas completas e encarnadas relacionadas a uma fenomenologia estrutural, isto é, ele acredita que a própria estrutura possa ser concebida fenomenologicamente *como multiplicidade unificada por uma ordem funcional, cujo sentido é a correspondência intencional à situação existencial*, num processo de transformação tanto na vida orgânica, como na vida psíquica. Assim, para entender o ser humano é preciso vê-lo como ser-no-mundo, isto é, como implicando ser e mundo na própria existência.

Na fenomenologia de Merleau-Ponty, a dimensão dialética ser-no-mundo é ser-ao-mundo e faz com que também a estrutura se constitua dialéticamente na relação da existência e da significação. A consciência perceptiva é ao mesmo tempo, consciência de si mesmo e consciência do mundo, uma vez que também a intencionalidade relaciona a dialética, a significação e a existência. Para Merleau-Ponty o observador faz parte da observação, o sujeito não é um observador

estranho; referencia a simbolização como um processo dialético entre a estrutura e a significação (MERLEAU-PONTY, 1990^a).

Para Merleau-Ponty o homem é compreendido enquanto corpo encarnado no seu mundo vivido, a partir de significados. Este filósofo afirma que o homem acessa o mundo com seu corpo, corpo este que mantém uma dialética com esse mundo. Isto significa que o mundo é aquilo que nós nos representamos, não como homens ou como sujeitos empíricos, mas enquanto somos todos uma única luz e enquanto participamos do uno sem dividi-lo (MERLEAU-PONTY, 1994).

Em sua obra **Fenomenologia da Percepção** o filósofo elabora os conceitos de corpo, expõe o seu reconhecimento sobre a inseparabilidade dos aspectos da pessoa e do objeto, considerando o homem uma unidade indivisível. Afirma que o mundo pode ser conhecido pelo homem por sua percepção, seu comportamento e sua linguagem.

MERLEAU-PONTY (1994) refere-se às relações existentes entre o mundo, o outro e si mesmo como uma unidade de experiências passadas, experiências presentes, experiência do outro consigo mesmo. Ainda destaca o corpo como veículo de comunicação com o mundo pelo qual estabelece a sua compreensão. Este filósofo faz a seguinte afirmativa ***é por meu corpo que compreendo o outro, assim como é por meu corpo que percebo coisas*** (MERLEAU-PONTY, 1994).

A fenomenologia de Merleau-Ponty direciona-se à experiência do sujeito pela descrição vivida através do corpo, vivências

percebidas como numa compreensão do mundo, num processo constituído de possibilidades. Estas possibilidades visualizam o corpo do ser cirúrgico como um ser que precisa alcançar sua essência enquanto ser no mundo, numa manifestação existencial inviolável (MERLEAU-PONTY, 1994).

3.3 DESCRIÇÃO DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A trajetória metodológica como já foi dito teve início quando decidi por uma abordagem fenomenológica do ser. Naquele momento optei por um método qualitativo de pesquisa que, segundo MARTINS & BICUDO (1994:94), tem a possibilidade do desenvolvimento da interrogação do fenômeno. Uma vez definido o campo de realização do estudo, solicitei permissão legal aos dirigentes do hospital para proceder à coleta dos depoimentos. No momento da entrevista realizada com os pacientes no leito, junto às unidades cirúrgicas, pedi a estes seu consentimento. Anteriormente, para tomar conhecimento do fenômeno e ajustar a questão norteadora: ***conte para mim o que sentiu quando soube da suspensão de sua cirurgia***, foi realizado um teste piloto com 11 pacientes. Como resultados obtive com maior frequência os sentimentos de indignação, medo, frustração e contrariedade.

Como já foi dito, também, anteriormente tomei como referencial para análise o pensamento de Merleau-Ponty expresso na obra ***Fenomenologia da Percepção***, com base na existência do ser-no-mundo mostrado com transparência absoluta numa série de percepções.

3.4 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário onde o estudo foi realizado é um hospital público de ensino, que atende os pacientes residentes em Manaus e adjacências, encaminhados pelos serviços de saúde da periferia e do interior do Estado do Amazonas. Trata-se de uma instituição de grande porte, com 336 leitos distribuídos nas diversas especialidades: unidades de emergência, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, neurologia, pediatria, cirurgia geral e clínica médica.

O hospital é administrado por um profissional médico e fica situado na zona centro-oeste da cidade. Financeiramente é mantido pelo Governo Federal; tem por finalidade desenvolver atividades de ensino, pesquisa e assistência, diferindo por isso, de outras instituições que prestam especificamente assistência médica. A entrada no sistema de atendimento é feita pelo ambulatório por meio de triagem administrativa dos pacientes que são encaminhados ao setor de cadastro para matrícula. Em seguida, são encaminhados ao setor de enfermagem ambulatorial onde são submetidos a nova triagem e encaminhamento a outros serviços especializados ou posterior agendamento. Após a consulta, aqueles que necessitam de internação para tratamento na clínica cirúrgica são imediatamente informados da data da internação e dos cuidados pré-operatórios a que serão submetidos. O aprazamento das cirurgias é feito pela secretaria do centro cirúrgico que elabora a programação semanal em consonância com as unidades cirúrgicas. O movimento cirúrgico semanal é de cinquenta intervenções, abrangendo aí todas as especialidades existentes no serviço.

Vale ressaltar que noventa por cento dos pacientes que procuram o Hospital Escola são, assegurados do SUS (Sistema Único de Saúde) ou conveniados da Unimed e na grande maioria, de baixo poder aquisitivo.

3.5 A PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

A programação cirúrgica, de modo geral, é um recurso administrativo do centro cirúrgico dotado de normas que direcionam a operacionalização dos procedimentos cirúrgicos. Compreende o agendamento diário de cirurgias para o período da manhã e da tarde, obedecendo a critérios de quantidade de pacientes candidatos a cirurgia, de número de sala de operações eletivas, emergenciais e ambulatoriais, de classificação e especialidade cirúrgica de origem, faixa etária e sexo do paciente, de procedimentos de limpeza e de reabastecimento do centro cirúrgico. A organização dos procedimentos, controle e produtividade de serviços contribuem efetivamente para o atendimento do paciente, contudo, faz-se necessário que a programação cirúrgica estabeleça e observe parâmetros de avaliação da produtividade das salas de operações tais como: taxa de ocupação, tempo de permanência do paciente na S.O., recuperação anestésica, intervalo de tempo entre as cirurgias, taxa de atraso e de suspensão de cirurgia (GATTO & JOUCLAS, 1998:23). Para IDE et al(1992), é preciso, também, que hajam parâmetros na avaliação dos resultados da assistência prestada, por exemplo: acessibilidade, disponibilidade, utilização, resistência e otimização dos cuidados, desde a entrada até a saída dos pacientes da sala de operações.

A programação cirúrgica do hospital de Manaus, no regimento do centro cirúrgico estão estabelecidos critérios que favorecem a operacionalização, tais como: ocupação leito, sala de operações e recuperação anestésica; número de internações cirúrgicas para cirurgias eletivas, emergenciais, ambulatoriais; disponibilidade de recursos humanos e equipe auxiliar, bem como outros profissionais do serviço de apoio; disponibilidade de recursos materiais permanentes e de consumo; intervalo entre as cirurgias para os procedimentos de limpeza e reabastecimento das salas de operações; avaliação e confirmação cirúrgica pelos cirurgiões e enfermeiros do centro cirúrgico na véspera (veja quadro 1). Entretanto não foram definidos parâmetros para a avaliação dos resultados da assistência, o que é de fundamental importância nos serviços que primam pela qualidade do atendimento ao cliente. Talvez, por isso, a programação cirúrgica referente ao ano de 1997 (veja quadro 2), de algum modo apresentou resultados negativos na operacionalização da assistência. Da programação de 3.098 cirurgias, aproximadamente 44,1% não foram realizadas por razões humanas e por deficiência de recursos materiais.

Quadro 1 – Alguns critérios constantes do Regimento do centro cirúrgico do Hospital de Ensino, Manaus, 1997.

CRITÉRIOS OPERACIONAIS	RECURSOS		
	HUMANOS	MATERIAIS	ADMINISTRATIVOS
Ocupação leito Sala de operações Sala de recuperação anestésica Cirurgias eletivas, ambulatoriais e emergenciais Serviços de apoio	Enfermeiras Médicos Outros profissionais	Cirúrgicos Anestésicos Cuidados de enfermagem	Planejamento Avaliação

Quadro 2 - Demonstrativo das cirurgias programadas, suspensas, realizadas, reprogramadas, abandonadas, Hospital Público de Ensino em Manaus 1997.

Cirurgias	Prog	Real	Susp.	Repr.	Real	Aban
Gástricas	369	145	224	224	222	02
Proctológicas	75	13	62	62	62	0
Ortopédicas	853	430	423	423	418	5
Urológicas	223	130	93	93	83	10
Vasculares	110	52	58	58	55	03
Ginecológicas	129	43	86	86	86	0
Neurológicas	205	133	72	72	72	0
Odontológicas	23	22	01	01	01	0
Otorrinolaringológicas	134	84	50	50	50	0
Oftalmológicas	65	60	05	05	03	02
Plásticas	227	202	25	25	25	0
Cardíacas	18	13	05	05	05	0
Torácicas	93	63	30	30	28	02
Hérnias	349	220	129	129	123	06
Geral	225	119	106	106	106	0
Total	3.098	1.729	1.369	1.369	1.339	30

FONTE: SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do Hospital de ensino em Manaus) 1997.

Legenda

Prog – programadas

Repr – reprogramadas

Rel – realizadas

Aban - abandonadas

Susp – suspensas

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados, foi feita por meio de entrevista e com a ajuda de um roteiro semi-estruturado fundamentado em CARVALHO (1987:37). Segundo esta autora a entrevista busca uma linguagem que seja a soma de pensamentos e idéias, a fala originária que possibilite a mediação com o outro e a comunicação com o mundo.

Foram entrevistados 36 pacientes que tiveram a cirurgia suspensa, dos quais 55,6% são do sexo masculino e 44,4% do sexo feminino (veja tabela 2). Do total, 16 pacientes situam-se na faixa etária menor de 40 anos (44,5%) conforme apresentado na tabela 3.

A coleta foi realizada no Hospital Universitário de Manaus, especificamente nas clínicas cirúrgicas, no período de junho a julho de 1998, no turno matutino, em dias consecutivos.

As entrevistas com cada paciente ocorreram até 24 horas após a suspensão cirúrgica. Foi-lhes garantido o anonimato, observando as orientações de MUNHALL (1998:157), que recomenda entrevistas individuais reservadas e o respeito aos aspectos éticos.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes segundo sexo, Manaus - 1998 .

SEXO	F	%
M	20	55,6
F	16	44,4
TOTAL	36	100,0

Como se pode ver na tabela acima a maior parte dos pacientes são do sexo masculino.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes, segundo a faixa etária – Manaus, 1998.

FAIXA ETÁRIA	F	%
10 ----- 20	6	16,6
20 ----- 30	3	8,4
30 ----- 40	7	19,5
40 ----- 50	11	30,6
50 ----- 60	2	5,6
60 ----- 70	4	11,1
70 ----- 80	3	8,2
TOTAL	36	100,0

Na tabela 3, a maioria (30,6%) dos pacientes entrevistados está na faixa etária de 40 a 50 anos.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes, segundo o tipo de cirurgia e a especialidade médica, Manaus – 1998.

TIPO DE CIRURGIA POR ESPECIALIDADE	F	%
GERAL	18	50,0
NEUROLÓGICAS	7	19,4
ORTOPÉDICAS	3	8,3
VASCULARES	3	8,3
CARDÍACAS	2	5,6
OFTAMOLÓGICAS	1	2,8
OTORRINOLARINGOLÓGICAS	1	2,8
UROLÓGICAS	1	2,8
TOTAL	36	100,0

Observa-se acima predominância de cirurgias gerais (50,0%) e de cirurgias neurológicas (19,4%). Dentre as cirurgias gerais foram realizadas 4 cirurgias vias biliares, 7 cirurgias gastrointestinais, 2 cirurgias plásticas, 2 cirurgias do aparelho geniturinário masculino, 1 esofagoscopia, 1 lobectomia, 1 limpoma. Nas cirurgias neurológicas estão aquelas classificadas como aneurisma cerebral (1) craniotomia (5) e angiografia (1).

4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos conteúdos das entrevistas obedeceu aos quatro momentos propostos por MARTINS & BICUDO (1994) e BOEMER (1994).

- a) Leitura dos discursos – os discursos foram enumerados de 1 a 36, lidos criteriosamente, com a finalidade de apreender o sentido global, sem atribuição de nenhum juízo.
- b) Releitura dos discursos na busca da presença evidente da essencialidade dos sentimentos dos pacientes para a identificação das unidades de significação
- c) Apreensão do mundo pessoal dos pacientes, quanto ao próprio sentir e quanto a sua percepção como seres no mundo e como consciência de si mesmos.
- d) Síntese e agrupamento das unidades que expressam os mesmos significados e sentidos. Este quarto momento compreendeu, também, a apresentação de cada paciente e a redução fenomenológica de suas falas.

4.1 LEITURA DOS DISCURSOS

(1) Maria, profissão prendas do lar, 40 anos, diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva; candidata à cirurgia By Pass. Motivo da suspensão da cirurgia: falta de equipamento (respirador).

Até agora eu tô passando bem, não tô me sufocando. Agora eu fico agoniada quando vem a falta de ar, mas eu sei que vale a pena esperar. Não deu certo hoje, mas amanhã vai dar, se Deus quiser.

(2) Socorro, auxiliar de escritório, 42 anos, diagnóstico de neo gástrico. Cirurgia proposta: gastrectomia parcial. Motivo da suspensão da cirurgia: estado clínico do paciente (pressão arterial).

Fiquei, assim, impressionada com a suspensão. Será que eu opero?! Mas eu não tenho do que me queixar da doutora não. Eu sei que entrei na sala de operação e me colocaram naquela mesa. Eu só escutei quando disseram: a pressão dela tá alta; ainda bem que ficou p'ra outro dia. Só espero que não demore muito, porque eu preciso voltar pra minha casa (paciente inclinou a cabeça ensimesmada).

(3) Rosimeire, aposentada, 62 anos, diagnóstico pré-operatório de aneurisma cerebral. Cirurgia proposta: clipagem de aneurisma. Motivo da suspensão da cirurgia: falta de recurso material no hospital (prótese).

Fiquei nervosa quando a cirurgia foi suspensa pela primeira vez; hoje fiquei mais ainda. O doutor disse que depois que eu

operar vou ficar um pouco no CTI, aí que eu fiquei tremendo de nervosismo. Eu espero que tudo isso valha a pena. Olha, foi uma tristeza só de saber que eu vou ficar mais tempo; a gente sofre muito vendo os outros doentes morrendo. Dá medo também ver tudo isso.

(4) João, aposentado, fazendeiro, 69 anos, diagnóstico deformidade cicatricial de face. Cirurgia proposta: reparação cirúrgica. Motivo da suspensão da cirurgia: estado do paciente (hipertensão descompensada e falta de exames específicos / ECG).

Eu fiquei revoltado porque, além de adiar minha cirurgia, perderam meus exames. Estão pensando que eu não sei o que está acontecendo? Não tenho diabetes, só pressão alta. Ouvi falar que remarçaram minha cirurgia p'ra amanhã à tarde, tomara que seja verdade! (paciente exaltado, verbalizando em voz alta).

(5) Sebastião, carpinteiro, 38 anos, diagnóstico de hérnia inguinal. Cirurgia proposta: herniorrafia. Motivo da suspensão da cirurgia: falta de recursos materiais (roupa cirúrgica).

No começo eu fiquei preocupado. Eu disse p'ra mulher que uma coisa dessa qualquer cidadão fica descontrolado. É uma falta de responsabilidade! Estou aqui perdendo tempo e dinheiro, mas num posso fazer nada. Agora é só esperar aí pelos homens; não entendo uma coisa dessa, é um abuso!

(6) Moisés, policial, 43 anos, diagnóstico pré-operatório: ferimento por arma de fogo com colostomia. Cirurgia proposta: decolostomia. Motivo da suspensão: estado clínico do paciente (hematócrito abaixo do normal).

Eu me senti muito inseguro. Depois, é a segunda vez que isso aconteceu, eu fiquei preocupado! Agora vou ter que fazer até tratamento do coração? Ah! Eu fiquei tão nervoso e impressionado! Eu não sei se vou agüentar ficar tomando esse soro salgado, lavando esse negócio (bolsa de colostomia) e levantando a noite toda pro banheiro. Eu fiquei arrasado!

(7) Lucimar, costureira, 42 anos, diagnóstico pré-operatório de colecistite. Cirurgia proposta: colecistectomia + exploração de vias biliares. Motivo da suspensão da cirurgia: falta de exames específicos (risco cirúrgico, ECG, eletrocardiograma).

Apesar de eu ter ido até lá dentro da sala de operação para ser operada, eu tô calma. Esse adiamento não foi coisa boa não, porque a gente fica com desgosto só de pensar que vai ficar mais tempo aqui no hospital! Eu me preocupo com os meninos em casa na mão dos outros. Sabe, enfermeira, eu tenho dois meninos pequenos. Num sei, eu acho que vou pedir para ir p'ra casa depois eu volto de novo, né? Se for a vontade de Deus, o dia que Ele quiser que se abram as portas para eu fazer a cirurgia, vai acontecer...

(8) Edson, estudante, 18 anos, diagnóstico pré-operatório: fratura de mão direita. Cirurgia proposta: redução cruenta + reparação cirúrgica. Motivo da suspensão da cirurgia: ausência do anestesista na sala de cirurgia.

Eu fiquei impressionado quando me disseram que eu ia operar outro dia. Eu fiquei também triste, mas eu quero muito resolver esse problema da minha mão. Eu sei que depois de

operar ela vai ficar normal, por isso eu vou esperar, eu quero muito resolver isso. Hoje num deu certo, mas, amanhã, se Deus quiser vai dar... Vou aguardar minha hora.

(9) Francisca, agricultora, 49 anos, diagnóstico: fístula reto vaginal. Cirurgia proposta: colostomia. Motivo da suspensão da cirurgia: estado clínico do paciente (falta de exames complementares)

Fiquei muito triste, mas, tem que ser como Deus quiser. O ruim foi a lavagem intestinal, ficar em jejum; e já estou há um mês em Manaus. Eu preciso voltar para o meu município.

(10) Antônio, aposentado, 78 anos, diagnóstico: bloqueio aórtico venoso (B.A.V. total). Cirurgia proposta: revascularização venosa. Motivo da suspensão da cirurgia: falta de recursos materiais (instrumental cirúrgico).

Não senti nada, eu só quero que isso se resolva. Depois... minha nora é médica e é amiga do meu médico, e falou que eu ficasse aguardando, porque logo o meu problema vai ser resolvido. Inclusive um outro problema de pele que sempre me incomoda (urticária), também vai ser tratado aqui mesmo. Esse segundo me incomoda demais...

(11) Márcia, estudante, 16 anos, diagnóstico de tumor craniano, candidata à cirurgia de: craniotomia para exeresse de tumor. Motivo da suspensão da cirurgia: falta de exames específicos (tomografia).

A enfermeira que veio me falar foi legal! Me explicou que eu tinha que fazer um exame que é preciso, mas eu fiquei com raiva, sabe por que? Porque a gente fica esperando uma coisa e não

acontece na hora e no dia que foi marcado. Tava tudo certo. Bem, mas, o que me resta é esperar.

(12) Jacinto, agricultor, 52 anos, diagnóstico de tumor craniano, candidato à craniotomia. Motivo da suspensão da cirurgia: falta de recursos materiais (microscópio).

Primeiro, enfermeira, eu me revoltei. Por isso eu disse p'ra mulher que, uma coisa dessa deixa o cidadão revoltado! A gente quando depende dos outros é isso mesmo, fica assim! Se num deu certo, a saída é esperar a vontade deles, né? Quando eu não tinha esse problema de cabeça, eu num tinha paciência não, mas agora eu tenho...

(13) Joana, agente administrativo, 36 anos, diagnóstico de limpoma localizado no membro inferior direito. Cirurgia programada: exeresse de tumor. Motivo da suspensão da cirurgia: não comparecimento do cirurgião.

É muito difícil pra mim, sabe senhora? Porque já é a segunda vez que isso acontece e aqui mesmo, neste hospital. Já voltei pra casa e já me internei de novo. Já me revoltei, fiquei triste com a notícia e muito nervosa, agora, mais ainda...

(14) Júlio, estudante, 13 anos, diagnóstico de insuficiência renal. Cirurgia programada: exploração e retirada de catéter. Motivo da suspensão da cirurgia: não comparecimento do cirurgião.

Eu queria muito resolver isso logo! Mas, olhe, eu confesso que estava tremendo de medo das agulhas de anestesia,

quando,ai, a doutora disse que eu ia fazer, noutro dia, a minha cirurgia, eu fiquei aliviado.

(15) Lucas, carteiro, 17 anos, diagnóstico de tumor cerebral. Cirurgia programada: exérese de tumor (craniotomia). Motivo da suspensão da cirurgia: falta de exame específico (tomografia).

Eu pensei que tivesse dado outro problema, quando vieram me avisar do adiamento da minha cirurgia. Porque só pode, né?! Quando vem uma notícia dessa a gente se preocupa. Eu quero muito fazer a minha cirurgia, mas olhe, eu fiquei com medo por ficar pra outro dia...

(16) Marli, comerciante, 49 anos, diagnóstico de fístula reto vaginal. Cirurgia proposta: colostomia + cistotomia. Motivo da suspensão da cirurgia: não comparecimento do cirurgião.

Olhe, eu sei que preciso voltar p'ra minha casa, e quanto mais demorar, mais eu fico triste; já passei situações piores, se até no final da semana eu não operar, vou voltar p'ra minha casa. Eu só quero que um dia eu opere e fique boa!...

(17) Luciano, aposentado, 78 anos, diagnóstico de bloqueio artério-venoso. Cirurgia programada: instalação de catéter. Motivo da suspensão da cirurgia: falta de recurso material (sala de cirurgia).

Eu me conformei porque eu estava com medo de ser operado. Eu já tô todo ferrado, me sinto fraco e meus braços doídos, minhas pernas sem forças. É assim que tô conformado p'ra ser outro dia...

(18) Leandro, estudante, 14 anos, diagnóstico de seqüela de queimadura de membros superiores e inferiores, grande extensão. Cirurgia programada: reparação cirúrgica. Motivo da suspensão da cirurgia: ausência de auxiliar circulante por insuficiência de pessoal de apoio na escala da programação cirúrgica.

Olhe, eu tô aqui prô que der e vier; o doutor disse que é coisa rápida, eu espero! Eu quero é que melhore isso no meu braço; a senhora sabe, já consigo mexer bem os braços, mas, depois da cirurgia eu sei que tudo vai ficar normal. Vou esperar!

(19) Laura, profissional, prendas do lar, 63 anos, diagnóstico de colelitíase. Cirurgia programada: colecistectomia. Motivo da suspensão: não comparecimento do cirurgião.

Eu me conformo com isto, porque tudo na vida não acontece em vão! Agora, é ir p'ra casa. Eu vou esperar a próxima semana, pois a enfermeira chefe falou que eu vou ser operada. Eu vou esperar, né?

(20) Amarildo, agricultor, 45 anos, diagnóstico de bronquiectasia. Cirurgia programada: lobectomia. Motivo da suspensão: falta de recurso material (roupa cirúrgica).

Sei lá, eu fiquei mais ansioso. Não sei o que vou fazer... É um negócio que o cara nem sabe se acha bom ou ruim. Só quero, que tudo se resolva. A gente fica ansioso, pois eu já fiz todos os exames e pensava que ia ser tudo resolvido. O que eu posso fazer? Esperar, não é?

(21) Amália, costureira, 44 anos, diagnóstico de aneurisma cerebral. Cirurgia programada: craniotomia mais clipagem. Motivo da suspensão: não comparecimento do anestesista.

Já estou aqui há tempo, e ainda nem vou operar? O desgosto é grande viu!? A senhora sabe que dá tristeza, sei lá!? Fiquei mais nervosa hoje com isso, só de ficar aqui dentro. Foi muito ruim essa notícia! Já pensei em desistir.

(22) Laurindo, aposentado, 70 anos, diagnóstico de oclusão arterial de membro inferior E. Cirurgia programada: revascularização de MID. Motivo da suspensão: falta de recursos materiais (sala de cirurgia).

Fiquei revoltado porque num jantei, nem tomei café e tamanha essa hora (onze horas da manhã)! Fiquei com fome, e nem operei hoje? A gente fica com medo do pior vou ter que ficar mais tempo no hospital? Eu me preocupei muito com isso! Eu quero tanto voltar pro meu terreno (sítio), ver a criação de pato, a ninhada de pintos, nem sei... Eu pensava que já ia ficar livre disso!...

(23) Marília, balconista, 50 anos, diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC). Cirurgia programada: angiografia. Motivo da suspensão: não comparecimento do cirurgião.

É uma situação que me revoltou no começo. Agora tô calma! Mas, a gente que é mãe, se preocupa mais por causa dos filhos que ficam em casa sem ir pra aula, a gente não sabe se comem direito, se tomam banho... Mesmo eu, quando tô

trabalhando de tarde, eu tô em casa pra ver isso. Agora, aqui, presa neste problema, num sei... a gente adocece mais.

(24) Marcondes, ajudante de pedreiro, 26 anos, diagnóstico de estenose de esôfago. Cirurgia proposta: esofagoscopia. Motivo da suspensão: não comparecimento do médico especialista.

Eu só sei lhe dizer que eu me agonio muito pra comer comida sólida, viu? Às vezes só tomo líquidos. Já perdi tanto peso! Tem coisas que vêm p'ro bem. Eu lhe digo mesmo, eu fiquei aliviado! Eu sei que vou ter que fazer esse exame, mas, a minha cabeça nem tava preparada não. Tem gente que entra pra lá e nem volta. Hoje não foi meu dia, né?

(25) Rafael, 49 anos pedreiro, diagnóstico de: colelitíase; cirurgia programada: colecistectomia. Motivo da suspensão: falta de avaliação cardiológica (eletrocardiograma).

Tô com medo de tudo, da anestesia, de ser cortado...Eu fiquei mais ansioso. Não sei o que vou fazer; eu nem sei o que lhe dizer; fico entre a cruz e a espada! Não sei dizer se acho certo isso, pra outro dia; eu fiquei impressionado porque vai ser outro dia. Não sei se acho pior ou melhor, tô confuso!..

(26) Marieta, profissão prendas do lar; 42 anos; diagnóstico de colelitíase. Cirurgia programada: colecistectomia mais exploração de vias biliares. Motivo de suspensão: estado clínico da paciente (hiperglicemia).

Eu me desgostei porque ficou pra outro dia, e depois, porque num sabia que tinha a tal de diabete. Quando fiquei

sabendo, não tive mais vontade de almoçar; bem, eu vou me tratar do açúcar alto! Só me preocupo é com uma coisa, será que vai demorar a ser resolvido? Espero que não!

(27) Natanael, 38 anos, comerciante, diagnóstico de varicocele. Cirurgia proposta: cura cirúrgica. Motivo da suspensão: estado clínico do paciente (plaquetas abaixo do normal).

Eu me desgostei. Preciso voltar pra casa! Quanto mais demorar mais eu vou perder tempo, porque eu trabalho por conta própria, tenho muitas obrigações, dívidas, sabe como é um chefe de família, né? Tem que dar conta da família. Eu fiquei muito frustrado. Tava tudo pronto pra eu operar!...

(28) Otávio, 72 anos, aposentado, diagnóstico de câncer de próstata. Cirurgia proposta: prostatectomia mais vasectomia. Motivo da suspensão: estado clínico do paciente (hipertensão descompensado, hematócrito abaixo do normal).

Agora é ir pra casa. Quando disserem pra eu vir, eu volto de novo. Tenho fé que tudo isso vai se resolver; fiquei um pouco aliviado. Não sei se vou agüentar fazer tudo de novo! Mas vou ter que vir. Olhe, a gente quando fica velho se conforma com o que os novos dizem pra gente.

(29) Rodrigo, 43 anos, carpinteiro, diagnóstico de (FAF) ferimento por arma de fogo mais colostomia. Cirurgia programada: decolostomia mais retirada de drenagem fechada de tórax. Motivo da suspensão: não comparecimento do anestesista.

Me deu desgosto porque eu pensei que ia ficar bom. Agora vai demorar mais! Fiquei nervoso, viu? Não me acostumo de jeito nenhum com essa borracha (dreno de tórax). Só de pensar que vou ter que passar por tudo de novo, eu fico mais nervoso com tudo isso.

(30) Raimar, desempregado, 24 anos; diagnóstico de deiscência de parede abdominal (fez cirurgia na hérnia umbilical). Cirurgia programada: reparação cirúrgica com colocação de tela de marlex.

A gente fica com medo, né? Nem se sabe quando vai ficar bom. Fico pensando em Deus, pois tudo o que quero é que minha barriga feche, sare, mas assim mesmo eu me conformo em esperar.

(31) Joaquina, aposentada, 68 anos, diagnóstico: catarata D e E. Cirurgia programada: facectomia. Motivo da suspensão: falta de equipamento. (microscópio)

Eu recebi alta pra voltar semana que vem. Estou com receio de voltar, de novo, para o hospital. Por mim não operava mais. Mas, eu quero muito ver as minhas netas mais novas que eu não conheço, por isso eu me conformo de vir de novo pra cá.

(32) Lourdes, profissão cabeleireira, 30 anos. Cirurgia programada: mamoplastia. Motivo da suspensão: não comparecimento do cirurgião.

Fiquei muito triste no começo, mas tudo tem um preço, né doutora? Eu quero muito fazer essa cirurgia, já esperei tanto! Mas, olhe pra mim, vale a pena eu esperar, porque realizo meu sonho de tanto tempo...!

(33) Laurimar, eletricitista, 40 anos; diagnóstico de fratura na mão esquerda. Cirurgia proposta: redução cruenta mais reparação plástica. Motivo da suspensão. Falta de exames complementares.

Eu queria muito voltar a mexer a minha mão! Dá desgosto só de ver que vai demorar mais o meu tratamento! Me deu revolta porque eu já fiz tudo de exame. Eu não sei o que faltou, vou até procurar saber direito isso!...

(34) Marlinda, 32 anos, profissão manicure; diagnóstico de fratura de úmero D. Cirurgia proposta: redução de cruenta. Motivo da suspensão: falta de recursos materiais (roupas cirúrgicas e instrumental esterilizados).

Num sei porque não me disseram a causa, mas fiquei com muita revolta no começo! É difícil esperar muito, mas agora tô mais calmo, porque eu tenho que operar, pra depois ficar boa e trabalhar. Minha profissão depende desse braço, só quero que operem.

(35) Jean, 13 anos, diagnóstico de pólipos nasal. Cirurgia programada: exereses de pólipos nasal. Motivo da suspensão: não comparecimento do anestesia.

Eu fiquei ansioso, porque pensava que já ia operar. É ruim ficar assim, respirando mais pela boca. A minha mãe disse que eu tenho que ter paciência, porque assim eu opero e fico bom!

(36) Juracy, comerciante, 31 anos, diagnóstico de tumor cerebral. Cirurgia proposta: craniotomia. Motivo da suspensão: estado clínico do paciente (anemia profunda).

Sei que fiquei mais ansiosa e nervosa. Quando disseram a notícia eu me assustei, fiquei preocupada e perdi a paciência de ficar aqui nesta cama parada, né?

4.2 RELEITURA DOS DISCURSOS

Na releitura de cada discurso, busquei a identificação das unidades de significação dos sentimentos manifestos a partir da análise das falas e pensamentos convergentes dos pacientes. Não houve roteiro. A releitura é livre e fica por conta da experiência de mundo do pesquisador.

4.3 APREENSÃO DO MUNDO PESSOAL DOS PACIENTES

A apreensão do mundo pessoal dos pacientes ocorreu com a releitura dos discursos e com a identificação do sentir convergente/divergente dos pacientes. Nesta etapa foram identificados nove sentimentos, depois categorizados em cinco: medo, ansiedade e preocupação, indignação, frustração e resignação.

4.4 SÍNTESE E AGRUPAMENTO DAS UNIDADES E SIGNIFICADOS

A síntese e o agrupamento dos sentimentos identificados e agrupados em cinco categorias, conforme descrito no item acima foram elaborados a partir da redução fenomenológica e, das falas dos pacientes identificadas por número ordinal de discurso. A redução

fenomenológica foi inferida das partes consideradas essenciais dos discursos dos pacientes.

5 RESULTADOS

5.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Quadro nº 3 – Categorias dos sentimentos e identificação dos pacientes.

Categorias	Identificação dos pacientes por número ordinal de discurso
Medo	3, 14, 15, 16, 17, 28, 29, 30.
Preocupação e ansiedade	1, 2, 8, 15, 23, 28.
Indignação	4, 5, 9, 12, 13, 21, 22, 23, 35.
Frustração	3, 4, 5, 6.
Resignação	5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 18, 20, 23, 24, 28, 31.

A primeira categoria diz respeito ao medo que se mostra nos discursos, por exemplo: **o doutor disse que depois vou ficar um pouco no CTI, aí eu fiquei tremendo de nervosismo. 3***

Eu confesso que eu estava tremendo de medo das agulhas.

14

(...) fazer outro dia a minha cirurgia? 15

Eu fiquei foi com medo de ficar para outro dia. 16, 17, 24, 29, 30.

Estou com receio de voltar de novo pro hospital. 28

Indubitavelmente o enfrentamento da cirurgia pelo paciente é cercado de temores; estes incluem desde o medo da morte ao receio de ser isolado, deliberadamente, da comunicação com os familiares. Frequentemente, o medo está associado ao ambiente hospitalar e à estrutura, pois, geralmente estes não estão voltados para a humanização do paciente, nem para a orientação do cliente, a fim de efetivamente dissipar estes temores.

Do ponto de vista psicológico, a perspectiva cirúrgica vem sempre acompanhada de medo, isto é, medo do desconhecido, da morte, da anestesia ou da possibilidade de um prognóstico obscuro, além de outros medos intangíveis e patentes.

Para LEMAITRE & FINNEGAN (1973:313), o medo pode ser decorrente da falta de conhecimento, ou falso conhecimento, ou de conhecimento verdadeiro, cujas causas devem ser avaliadas e o paciente esclarecido.

Outros pacientes falam do medo do adiamento do tratamento cirúrgico. A esse respeito, SMELTZER & BARE (1994: 344), observaram que a suspensão da cirurgia pode deixar o paciente confuso. O paciente, ao ser informado de que houve um imprevisto e por isso seu tratamento foi adiado, poderá concluir que, a razão do adiamento da cirurgia seja a piora do seu estado. Contudo se for estabelecida uma relação de real confiança, o paciente poderá tornar-

se menos receoso por suas dúvidas terem sido reduzidas. Vejamos, por exemplo, as falas a seguir:

Eu fiquei foi com medo de ficar para outro dia. 16, 17, 24, 29, 30.

Estou com receio de voltar de novo pro hospital. 28

Do ponto de vista da redução fenomenológica interpretativa um dos pacientes, o n° 3, referiu medo ante a informação de permanecer no CTI (Centro de Tratamento Intensivo); outro paciente, n° 14, referiu medo de agulhas; outros, n° 15, 16, 17, 28, 29 e 30, referiram alívio pelo adiamento da cirurgia e da ocorrência do inusitado, ou pelo enfrentamento de uma segunda intervenção.

O medo, quando presente no ser, está intimamente relacionado a uma situação específica e, por vezes, alcança um aumento crescente pelo fato de estar acompanhado do estresse físico e emocional, independente da vontade do próprio ser e sua relação comum. Constitui exclusivamente um relacionar-se consigo mesmo, uma experiência interior que proporciona a consciência de ser no mundo com os outros. Em MERLEAU-PONTY (1990^b:42) toda consciência é consciência perceptiva, mesmo a consciência de nós mesmos.

Ao tomarem conhecimento da suspensão da cirurgia os pacientes mergulham em suas preocupações e ansiedades. As falas destes pacientes expressam não só a preocupação com a ansiedade decorrente da suspensão e do medo de enfrentar outros problemas financeiros, tais como, dificuldades como sustento da família ou por

causa de compromissos de trabalho, ou por terem de ficar mais tempo longe daqueles a quem querem bem. Vejam-se as seguintes falas

Agora eu fico agoniada quando vem a falta de ar. 1

Fiquei assim, impressionado com a suspensão. Será que eu opero? (...) preciso voltar para minha casa. 2, 8, 15, 23

Eu preciso voltar pra casa (...), tenho muitas obrigações, dívidas, sabe como é um chefe de família, né? 28

A redução fenomenológica interpretativa (convergente) do ser cirúrgico com sentimento de ansiedade e preocupação permitiu verificar que: à medida que; os sentimentos vão se exacerbando, o paciente fica mais ansioso e preocupado. Outros pacientes referiram preocupação com o adiamento da cirurgia e ansiedade em retornar para casa. Além da preocupação com o futuro e com a subsistência.

Em MERLEAU-PONTY, (1994: 497) a própria experiência traz consigo alguma maneira de reconhecer a idéia de si mesmo. O reconhecimento de si mesmo, é presença viva, isto é, é o ser presentificado (POPIM, 1994:42).

A dimensão das reações dos pacientes em relação ao sentimento de indignação inclui fatores de ordem física, social e psicológica. Estas vão desde o fato de uma reabilitação física esperada até os desconfortos e receios que experienciaram ante a expectativa da intervenção que foi suspensa. Veja a seguir:

Eu fiquei revoltada porque além de adiar minha cirurgia perderam meus exames. 4

Eu disse pra mulher que uma coisa dessa qualquer cidadão fica descontrolado (...) é uma falta de responsabilidade. 5

O ruim foi a lavagem intestinal, (...) e já estou há um mês em Manaus, eu preciso voltar para o meu município. 9,12, 13, 21, 22, 23.

Não sei porque não me disseram a causa, mas fiquei revoltado (...) é difícil esperar muito. 35

Estes pacientes manifestaram sua revolta (indignação) tanto pelo adiamento da cirurgia, quanto pela percepção que tiveram dos descuidos dos profissionais. Refletem, também, a falta de responsabilidade desses profissionais verbalizada pelo paciente n° 5, quando manifesta, em seu discurso, a tensão emocional pela perspectiva de uma cirurgia que não foi realizada conforme o planejado. Na percepção desta autora, é violência à dignidade do ser doente, o que, no dizer de CAPALBO (1994:74-75) é **uma violência contra o ser vida**, ser que tem consciência de seu estado e da necessidade de compreensão.

A redução fenomenológica interpretativa (convergente) mostra que os pacientes reagem cômicos de seus direitos, manifestando indignação com a falta de responsabilidade dos profissionais que não consideram seus problemas pessoais, inclusive causam-lhe perda de tempo. Manifestam, também, indignação quanto ao preparo pré-operatório desnecessário, e quanto ao adiamento da cirurgia.

Frustram seus desejos de retornar o quanto antes para seu lar e para junto de suas famílias. Alguns ainda, sentiram-se desqualificados e revoltados pela falta de informação a cerca da causa da suspensão da cirurgia.

Na compreensão da fenomenologia de MERLEAU-PONTY (1990^a), essa manifestação de sentimentos é um reconhecer a si próprio na existência dos existentes, na própria concepção de mundo. É um acesso ao mundo real com-os-outros.

A incerteza de ser operado, a insegurança, a dúvida e a falta de informação aqui documentadas estão intimamente relacionadas com a comunicação que não foi efetiva. Conseqüentemente, o paciente frustrado com a suspensão da cirurgia não acredita mais na probabilidade de uma reprogramação de seu tratamento. Outro aspecto importante captado nos discursos é o sentimento de inutilidade que sentem e de dependência do profissional. Veja-se nas falas:

Fiquei nervosa quando a cirurgia foi suspensa pela primeira vez; hoje fiquei mais ainda. 3

Ouvi falar que remarçaram minha cirurgia para amanhã à tarde, Tomara que seja verdade. 4

Agora é só esperar aí pelos homens. 5

Eu me senti muito inseguro (...) Agora vou ter que fazer até tratamento do coração? 6

A redução fenomenológica interpretativa (convergente) indica que o paciente nº 3 sente-se frustrado pelo fato da suspensão, e reconhece que a situação é uma segunda experiência negativa. O de nº 4 refere a esperança de resolver o problema. Outro, o nº 5, manifesta conformação e frustração por ter que esperar pela boa vontade dos profissionais. Por último, o de nº 6, apresenta insegurança e perplexidade ante um diagnóstico emergente de doença cardíaca, produzindo o adiamento. É um tornar-se consciente de um estado passivo e de uma subordinação (SARTRE, 1997; MERLEAU-PONTY, 1994).

A resignação manifestada nos discursos dos pacientes revela a incapacidade sentida ante a suspensão de suas cirurgias, o que lhes tirou a possibilidade de agir ante a situação. Leia a seguir:

(...), mas, num posso fazer nada. Agora é só esperar ... 5

Apesar de eu ter ido até lá dentro da sala de operação para ser operada, eu tô calma, (...) Se for vontade de Deus, o dia que Ele quiser que se abram as portas para eu fazer a cirurgia, vai acontecer. 7, 8, 9, 10, 11, 14, 18, 20, 23, 24, 28, 31.

Pela redução fenomenológica interpretativa (convergente) destas falas percebe-se que os pacientes evidenciam conformação com o fato do adiamento, por suporem que o ocorrido é por vontade de Deus. As falas dos pacientes evidenciam que eles acreditam num **Ser Superior** e que lhes permitem ser, na autenticidade de suas crenças. É o poder-ser de maneira própria nas suas diferentes visões de mundo, tanto do ponto de vista fisiológico, na satisfação das suas necessidades humanas básicas, como na valorização do ser, na sua

existência e significação (BOFF, 1999; CARAVANTES, 1997; MERLEAU-PONTY, 1973).

A fé em Deus expressa, principalmente nos momentos que os pacientes esperam ser atendidos e não são, denota, como disse, a crença num **Ser Superior** nos seus mundos-vida, que os amparam, dá-lhes forças e esperança para a solução dos problemas. Por isso mesmo, frustrados, enfrentam a intercorrência com resignação.

Finalmente, pela redução fenomenológica expressão **que se abram as portas** verbalizada por um número significativo de pacientes, reforça a fé e a esperança na interferência da **Mão Divina** na resolutividade dos seus problemas.

6 REFLEXÃO SOBRE O ESTUDO

Ao realizar este estudo, busquei o desvelamento dos sentimentos dos pacientes que tiveram a cirurgia suspensa e cheguei à conclusão de que, ante este fato, os pacientes expressaram sentimentos em que predominaram medo, ansiedade ou preocupação, resignação, frustração ou muita indignação.

Minha inquietação exigiu aproximação ontológica desse fenômeno enquanto sentimento. Neste sentido lancei mão da compreensão fenomenológica, a fim de interpretar os sentimentos dos pacientes do estudo sob o aspecto físico e a dimensão humana.

Interpretei-os como decorrentes da desconsideração, do descompromisso e da desqualificação do ser humano por parte da equipe cirúrgica. Os pacientes, objeto deste estudo, foram desconsiderados como ser de participação dotado de sacralidade, sujeitos de direitos e deveres no âmbito da sua existência (BOFF, 1999:33). Constatei a problemática destes pacientes que dependem do outro, da sua pronta intervenção e não são percebidos na sua existência.

Do ponto de vista perceptivo observei que os pacientes tiveram sentimentos indesejáveis e sofreram conseqüências decorrentes do não atendimento das suas necessidades humanas básicas e do respeito aos seus papéis sociais.

Dessa forma, quero dizer que, a compreensão do ser somente poderá acontecer se o profissional da saúde puder ser-com-o-outro na perspectiva da assistência naquilo que o ser doente precisa. É

importante que esse profissional perceba o doente na unidade de sujeito e corpo, imaginando-se no seu lugar, e facilitando a manifestação da existência de ser-no-mundo, a partir da concepção do significado do que é ser dependente de outrem.

Sob o ponto de vista perceptivo pude concluir ainda, que os sentimentos dos pacientes participantes do estudo manifestaram o que é o sentir medo quando a cirurgia foi transferida para outra data, ou o temor da morte, quando presenciaram companheiros de enfermagem serem encaminhados vivos para o centro cirúrgico e retornarem sem vida. Ou a ansiedade e preocupação com o futuro, com a subsistência da família e com o retorno para seu domicílio. As descrições revelaram também a frustração ao esperarem ser atendidos conforme o planejado e não foram, e a resignação por aceitarem esperar uma outra oportunidade para serem cirurgiados. Quanto a indignação foi manifestada de maneira veemente, porque eles estavam cientes de seus direitos.

Contudo, estas situações por mim percebidas, foram momentos que considero parte de minha história individual e, portanto, sou o sujeito que sente inteiramente a experiência. Mas, não posso ser rigorosa com aqueles que ainda não experimentaram essa sensação de ser-no-mundo-com-os-outros.

Devo, apenas, sugerir aos profissionais envolvidos com o cuidado, a compreensão do ser humano no mundo dos outros e do seu modo-de-ser na revelação da essência humana como característica singular; a fim de que o ser paciente tenha acesso às próprias coisas, a de ser assistido e ser reconhecido na existência dos existentes.

Esse pensar me conduz a reconhecer o meu modo de agir e a refletir no modo como agem os profissionais que ainda não experienciaram a sensação do ser cirúrgico que teve suspenso o seu tratamento. Contudo, poderá descobri-lo se tiver consciência de si mesmo, numa experiência que favorecerá também a construção da sua história.

Nesse momento poderá embuir-se da perspectiva profissional-com-o-ser-doente e compreender o sentido dos seres humanos nos seus contextos existenciais, considerando-os como existentes no mundo.

O homem é um ser consciente, a consciência é sempre intencional, isto é, ela não existe independentemente do objeto. Assim também o mundo, não é em si mas, é um mundo para sua consciência (MERLEAU-PONTY, 1990^a)

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, M.C., BARTMANN, M., HARGRAEVES, L. **Técnicas em centro cirúrgico**. Rio de Janeiro: Senac, 1996. p. 9
- BELAND, I. L., PASSOS, Y. P. Enfermagem clínica: aspectos fisicopatológicos e psicossociais. São Paulo: E. P. U. / EDUSP, 1979. cap. 17: Atendimento do paciente cirúrgico, v. 3., p. 89-154
- BIANCHI, E. R. F. A Comunicação da suspensão da cirurgia. **Rev. Paul Enfermagem**, São Paulo, v.4, n.4, p.155. out./dez.1984.
- BOEMER, M. R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.1, p. 83-94. jan. 1994.
- BOFF, L. **Saber cuidar – ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 33-35
- CARVALHO, A.S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1987.
- CARAVANTES, G. R. **Administração e qualidade: a superação dos desafios**. São Paulo: Markron Bookees, 1997.
- CAVALCANTE, J. B., PAGLIUCA, M. L., SOARES, E. Diagnósticos e intervenção de enfermagem em paciente cirúrgico: aplicação do modelo de orlando. **Rev. Esc. Anna Nery Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2. n. 1/2, abr./set. 1998.

- CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, out. 1994.
- CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**, 3. ed. São Paulo: Ática, 1992. p. 438
- DE FAZIO–QUINN, D. Ambulatory surgery: an evolution. **Nurs. Clin. North Am.**, v.32, n.2, p. 377-386, jun.1997.
- FERRAZ, E. R. Focalizando o paciente no centro cirúrgico. **Rev. Esc. de Enfermagem USP**, v.12, n. 3, p. 167 – 169, dez.1978.
- _____. **Manual de controle de infecção em cirurgia**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1982. 346p.
- GALLUCCI, C. Organização do centro cirúrgico. **Rev. Paul. Hosp.**, São Paulo, v. 16, n.1, p. 8-16, 1968.
- GATTO, M.A.F., JOUCLAS, V.M.G. Otimizando o uso da S.O. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 23, jan./mar. 1998.
- GOLDENBERG, S., BEVILACQUA, R. G. **Bases da cirurgia**. São Paulo: E P.U. / Eudesp, 1981. cap. 8: Risco cirúrgico, p.119-125.
- GRAZIANO, U. K., GATTO, M. A. F. Repercussões do trauma anestésico cirúrgico In: LACERDA, R. A. (Coord.). **Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico**. São Paulo: Ateneu, 1992. p. 45-47.
- HEGEL, G. W. F. **Estética a idéia e o ideal**: estética o belo artístico ou o ideal. Traduzido por Orlando Vitorino. São Paulo: Nova Cultural, 1996. p.293. (Os Pensadores).

- _____. **Fenomenologia do espírito**. 2 ed., Traduzido por Paulo Meneses. Petrópolis: Vozes, 1992. 271 p.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 4. ed. Traduzido por. Márcia de Sá Cavalcante. Rio de Janeiro: Petrópolis: Vozes, 1993. p. 58-59.
- HUSSERL, E. **Investigação lógicas sexta investigação: elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento**. Traduzido por ZeljkoLaparié, Andréa Maria Altino de Campos Laprié. São Paulo: Abril cultural, 1980. (Os pensadores).
- _____. **A idéia da fenomenologia**. Traduzido por Albin Beau. Rio de Janeiro: Edições 70, 1990.
- IDE, P., KIRBY, K. K., STARCK, P. K. Operating room productivity. **JONA**, v. 22, n. 10, p. 41-8, 1992.
- KARA, J., ARIETA, C. E. L., TAIAR, A. Utilização e causas de suspensão e intervenções cirúrgicas oculares em centro cirúrgico ambulatorial universitário. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v. 41, n.3, p. 223-235, 1995.
- LEMAITRE, G. O., FINNEGAN, J. A. **Enfermeira quirúrgica**. 2. ed. México: Interamericana, 1973. cap. 1, p. 3-13.
- LOPES, O. C. **A medicina no tempo**. São Paulo, Melhoramentos/EDUSP, 1969.
- LUCKMANN, L., SORENSEN, K. C. **Medical surgical nursing: a psychophysiologic approach**. 2. ed. Philadelphia: Saunders, 1989.

- MARTINS J. **Um enfoque fenomenológico do currículo:** educação como poese. São Paulo: Cortez, 1992. p. 21-62.
- MARTINS, J., BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia:** fundamentos de fenomenologia. São Paulo: Moraes, 1994. p.69-110.
- MERLEAU-PONTY, M. **Ciências do homem e fenomenologia.** Tradução, prefácio e notas de Salma Tannus Muchail. São Paulo. Saraiva, 1973. 76p.
- _____. **Na Sorbone:** resumo de cursos de filosofia e linguagem. São Paulo: Papyrus, 1990a, p. 246.
- _____. **O primado da percepção e suas conseqüências filosóficas.** São Paulo:Papyrus, 1990b, p.93.
- _____. **Fenomenologia da percepção.** São Paulo, 1994, p. 655.
- MUNHALL, P. L. Ethical considerations in qualitative reserarch. West. J. Nurs. Res., v. 10, n. 2, p. 150-162, Apr. 1988
- PENNA, A.G. **Percepção e realidade, introdução ao estudo da atividade.** 3. ed. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1982. p. 43.
- PEREIRA, M. S., MORIYA, T. M. **Infecção hospitalar estrutura básica de vigilância e controle.** Goiânia: A. B, 1994. p. 193
- POPIM, R. C. **O tratamento quimioterápico:** o que é isto? uma abordagem fenomenológica. Ribeirão Preto,1994. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1994.

- SANTOS, C. B. **Pré e pós operatório**: interrelação clínico – cirurgião, anestesista e médico da UTI. *Debate. J. Bras. Med.*, v. 42, n. 6, p. 44-58, 1982.
- SARTRE, J.P. **O ser e o nada**: ensaio de ontologia fenomenológica. 2. ed. Traduzido por Paulo Perdiggão. Petrópolis: Vozes, 1997.
- SILVA, M. A. A., RODRIGUES, A. L., CESARETTI, I. U. R. **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**. 2. ed rev. ampl. São Paulo: EPU, 1997. 249p.
- SMELTZER, S. C., BARE, B. G. **BRUNNER / SUDDARTH Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. v.2, cap 28, p. 343-358.
- TRIVIÑOS A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p. 175

ANEXO I

Rapport

Bom dia,

Sou enfermeira Miriam e estou realizando uma pesquisa sobre os sentimentos dos pacientes ao tomarem conhecimento da suspensão da sua cirurgia apazada. O (a) senhor (a) pode colaborar comigo respondendo à pergunta: **conte para mim o que sentiu quando soube da suspensão de sua cirurgia.**

Caso afirmativo, fico-lhe muito agradecida.

ANEXO II

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME _____ IDADE ____ SEXO _____
PROFISSÃO _____ PROCEDÊNCIA _____

2. DIAGNÓSTICO MÉDICO _____

3. CIRURGIA PROPOSTA _____

4. MOTIVO DA SUSPENSÃO _____