

Amanda Creste Martins da Costa Ribeiro Risso

**“A COMUNICAÇÃO DA SUSPENSÃO DE CIRURGIAS
PEDIÁTRICAS: MOTIVOS E SENTIMENTOS
ENVOLVIDOS NO PROCESSO”**

Dissertação apresentada ao Departamento
de Enfermagem da Faculdade de Medicina
– UNESP, para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Eliana Mara Braga

**Botucatu
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Risso, Amanda Creste Martins da Costa Ribeiro.

A comunicação da suspensão de cirurgias pediátricas: motivos e sentimentos envolvidos no processo / Amanda Creste Martins da Costa Ribeiro Risso. – Botucatu : 2008
74p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

Orientadora: Eliana Mara Braga

Assunto CAPES: 40403009

1. Enfermagem pediátrica - Aspectos psicológicos 2. Cirurgia

CDD 610.7362

Palavras-chave: Cancelamento de cirurgias pediátricas; Comunicação; Enfermagem

“Sem sonhos, as perdas se tornam insuportáveis, as pedras do caminho se tornam montanhas, os fracassos se transformam em golpes fatais. Mas se tivermos grandes sonhos... os erros produzirão crescimento, os desafios produzirão oportunidades, os medos produzirão coragem.”

(Augusto Cury)

Dedicatória



Dedico este estudo

*Ao meu marido Heliandro, por seu amor, sua
compreensão, seu silêncio e pelo incentivo*

*Aos meus pais, que me ensinaram a viver a humildade e
a acreditar que em Deus tudo é possível*

*A Eliana, por ser mestra, amiga, calma e
compreensiva, tornando esse momento sereno e tranquilo.*

Agradecimientos



A DEUS, única força que busquei em todos os momentos da minha vida e nunca fui desamparada; por Ele e com Ele cheguei até aqui e seguirei resguardada sob sua proteção

Aos pacientes, mães e responsáveis pela colaboração para que este trabalho se concretizasse

Às minhas amigas Tatiane, Marla e Lucía pelo apoio, carinho e amizade

À equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico e da Enfermaria de Neurologia pela compreensão, carinho e apoio

Às Prof^ª Dr^ª Maria Alice e Heloísa pela orientação e direcionamento no momento da qualificação deste estudo

À Secretaria do Estado de São Paulo

À Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu pelo auxílio financeiro

Enfim,

A todos que colaboraram para a realização deste estudo.

Sumário



RESUMO	11
ABSTRACT	13
APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	28
2.1 Objetivo Geral	29
2.2 Objetivos Específicos	29
3. REFERENCIAL TEÓRICO DO ESTUDO	30
4. METODOLOGIA	37
4.1 Tipo de Estudo	38
4.2 Local	39
4.3 Sujeitos	39
4.4 Procedimento de Coleta de Dados	40
4.5 Referencial Metodológico	41
5. ANÁLISE DOS DADOS	47
5.1 Dados referentes ao procedimento de coleta dos dados do local do estudo	48
5.1.1 Paciente não compareceu à internação	49
5.1.2 Paciente com alteração do quadro clínico	49
5.1.3 Equipe cirúrgica não disponível	50
5.1.4 Ultrapassou o horário estabelecido para início da cirurgia eletiva	50
5.1.5 Mudança de conduta médica	52
5.1.6 Suspensão em prol de urgência/ emergência	52
5.1.7 Falta de preparo pré-operatório	52
5.2 Caracterização dos pacientes	53
5.2.1 Sexo	53
5.2.2 Idade	53
5.2.3 Escolaridade	53
5.2.4 Tempo de internação	53
5.2.5 Cirurgias anteriores vivenciadas pelo paciente	53
5.3 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	54

5.3.1 Grau de parentesco	54
5.3.2 Idade	54
5.3.3 Sexo	54
5.3.4 Escolaridade	54
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
6.1 Tratamento dos Dados	56
6.1.1 Unidades de categorias	56
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
8. REFERÊNCIAS	79
9. ANEXOS	85
Anexo I.....	86
Anexo II.....	87
Anexo III.....	88
Anexo IV.....	89

Resumo



RISSO, ACMCR. A comunicação da suspensão de cirurgias pediátricas: motivos e sentimentos envolvidos no processo. Botucatu, 2008. 73p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

RESUMO

A hospitalização é uma experiência complexa e pode apresentar-se como agradável ou não, sendo agravada no caso de necessidade de intervenção cirúrgica, principalmente quando o paciente é criança. Na prática, observa-se todo um movimento de reorganização pessoal do paciente e de seus familiares para enfrentar esse momento. Quando a cirurgia é suspensa, o paciente e seus familiares estão sujeitos a um desconforto maior, que pode gerar sentimentos de insegurança, angústia e ansiedade. Este estudo teve como objetivo identificar e descrever a percepção de quinze mães e/ou responsáveis por crianças de 0 a 18 anos, internadas num hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo, após receberem a notícia de que a cirurgia de seu filho (a) seria suspensa. Foi um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que utilizou o referencial teórico da Comunicação Interpessoal e o referencial metodológico da Análise de Conteúdo. Os resultados evidenciaram que as suspensões de cirurgias pediátricas são um fato presente na instituição, que trazem repercussões ao paciente e seus familiares e à organização institucional; que a comunicação entre profissionais da equipe de saúde, pacientes e familiares sobre procedimentos a serem realizados ou não, é inadequada; que a atuação da enfermagem no momento da notícia da suspensão da cirurgia precisa ser pontual e efetiva.

Palavras-chave: comunicação/ cancelamento de cirurgias pediátricas/ enfermagem.

Abstract



RISSE, ACMCR. Communicating pediatric surgery suspension: the motives and feelings involved in the process. Botucatu, 2008. 73p. Master's Dissertation, Department of Nursing, Botucatu School of Medicine – UNESP.

ABSTRACT

Hospitalization is a complex experience which may or may not be agreeable; this can be made worse if surgical intervention is required, especially when the patient is a child. In practice a personal struggle can be seen in the patient and family to brave this moment. When surgery is suspended, the patient and family are subjected to a stronger discomfort, which can cause feelings of insecurity, distress, and anxiety. The objective of this study was to identify and describe the perceptions of fifteen mothers or guardians of children between 0 and 18 years old admitted in a teaching hospital in the interior of São Paulo State Brazil, after receiving news that surgery for their child was suspended. This was a descriptive qualitative study which used Interpersonal Communication as theoretical reference and Analysis of Content as the methodology. Results showed that suspension of pediatric surgery in our institution causes repercussions to patients, their families, and institution organisation; that communication between health team professionals, patients and families about procedures to be performed or not performed, is inadequate; and that nursing action at the moment when news of surgery suspension is given must be prompt and effective.

Keywords: communication/ cancelling pediatric surgery / nursing.

Apresentação



Este trabalho foi idealizado a partir de minha experiência vivida como Enfermeira Supervisora Técnica da Seção de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, num período de cinco anos e, com a troca de informações com a Profa. Eliana Mara Braga que supervisionava a prática dos alunos do 3º ano de graduação em Enfermagem durante a Disciplina de Centro Cirúrgico, na seção.

Durante esses anos, tive como objetivo buscar maneiras de prestar cuidados de enfermagem com qualidade, tendo visão holística e humanizada, com os pacientes, seus familiares e, com a própria equipe de enfermagem do centro cirúrgico. Neste sentido, dinâmicas de grupo e motivacionais, comemorações de datas festivas, introdução da mãe e/ou responsável pela criança na sala de recuperação anestésica, criação da sala de recepção de pacientes, implantação da visita pré-operatória de enfermagem, implantação de transporte diferenciado para pacientes pediátricos e informações sobre o paciente em cirurgia para familiares em sala de espera, foram algumas rotinas implantadas por mim com a ajuda de outros profissionais que acreditavam nas mesmas causas.

Em vários momentos, observei que havia um índice considerável de suspensões de cirurgias pediátricas e que, em muitos casos, a notícia do cancelamento da cirurgia acontecia na porta do centro cirúrgico, por um membro da equipe médica. Isso passou a incomodar quando presenciei algumas dessas notícias e pude perceber que a mãe e/ou responsável pela criança ficava sem entender o acontecido. Então, surgiu a questão – *“O que essa mãe e/ou responsável compreendia ou sentia ao receber a notícia de que seu (sua) filho (a) não faria mais a cirurgia?”*. Partindo dessas dúvidas fomos buscar a resposta, realizando esta pesquisa.

1. Introdução



A hospitalização é responsável pelo afastamento do paciente do seu cotidiano familiar para um ambiente com rotinas e normas rígidas. Isso pode refletir de forma negativa, levando a pessoa a experimentar sentimentos como o medo e a carência⁽¹⁾.

Para muitas pessoas, entrar em um hospital significa entrar em um lugar hostil, com profissionais que executam ações desconfortáveis, ruins e que causam dor⁽²⁾.

Esta situação exige adaptação que pode ocorrer de forma mais fácil em certos indivíduos, e em outros, apresenta-se de forma difícil, exigindo mais tempo, grande esforço e intensa assistência⁽³⁾.

O paciente espera solução para seus problemas por parte daqueles que teriam obrigação profissional e institucional de reconhecê-los e solucioná-los⁽⁴⁾.

Quando um indivíduo ou sua família, com um problema de saúde, procura um hospital e lhe é indicada uma cirurgia como a solução, ele aceita e marca sua cirurgia, depositando na equipe de saúde e na instituição a certeza do apoio necessário para vencer mais essa etapa de sua vida⁽⁵⁾.

A realização de uma cirurgia é um acontecimento importante na vida de uma pessoa e encerra um significado próprio, já que, por meio dela, essa pessoa espera viver de forma mais saudável e com melhor qualidade de vida.

Uma cirurgia pode ser indicada por várias finalidades: **diagnóstica**, como por exemplo, uma biópsia; **curativa**, quando há a ressecção de uma massa tumoral; **reparadora**, ao se reconstituir feridas; **reconstrutora ou cosmética**, como a realização de uma mamoplastia; **paliativa** quando se realiza cirurgia para alívio de dor ou correção de algum problema. Além das indicações, as cirurgias podem ser

classificadas como: **emergência** (imediate), por exemplo, uma hemorragia grave; **urgência** (dentro de 24 a 30 horas), como um paciente com litíase renal, e **eletiva** (pode ocorrer no melhor momento para o paciente e para a equipe) como por exemplo, a reparação de cicatrizes⁽⁶⁾.

Uma intervenção cirúrgica não é uma ocorrência rotineira na vida de um indivíduo. Ela requer preparo prévio dessa pessoa e de seus familiares, que muitas vezes necessitam afastar-se de seus trabalhos, lares e de sua vida normal, por algum tempo. Além disso, essas pessoas necessitam mobilizar recursos físicos, emocionais e financeiros para enfrentar esse momento.

Qualquer cirurgia, mesmo aquela estética, feita por opção do indivíduo e cuja não realização não implicaria em prejuízos para sua saúde, tem importante significado e pode interferir no estado emocional na mesma proporção de qualquer outra situação traumática^(5,7).

O paciente cirúrgico ao ser hospitalizado traz consigo expectativas, dúvidas e temores sobre os acontecimentos que irá vivenciar. Ele estará em um ambiente estranho, com pessoas desconhecidas, longe de sua família. O processo de estresse o acompanha desde o momento que ele recebe a notícia da necessidade da cirurgia demonstrado pelos medos relacionados com a internação, anestesia, intubação, a própria cirurgia, o pós-operatório e a convalescença⁽⁸⁾.

Uma cirurgia, mesmo quando consentida e programada, significa uma agressão ao indivíduo, uma ameaça à sua integridade física e emocional. É notório o impacto de uma intervenção cirúrgica sobre o paciente que, na tentativa de extravasar seus sentimentos, pode desenvolver quadros de angústia, depressão e isolamento⁽⁵⁾.

Após a indicação da cirurgia, o paciente e sua família passam a mobilizar todos os seus recursos físicos, emocionais e financeiros para enfrentar esse momento. Muita energia é empregada nesse processo. A situação cirúrgica passa a ter agora um novo significado. Mesmo que a sua perspectiva seja angustiante e amedrotadora, ela passa a ser importante e emocionalmente necessária, porque pode implicar em um estilo de vida mais saudável e com melhor qualidade de vida⁽⁵⁾.

Cámio et al.⁽⁹⁾ mostram o que significa para o paciente esse ato no seguinte trecho:

“O ato cirúrgico consiste, para o paciente, um dos momentos mais críticos no processo terapêutico, tendo em vista o medo do desconhecido e da anestesia, a sua complexidade e o próprio risco inerente a qualquer procedimento desta natureza”.(p. 40)

O estado emocional do paciente, a forma como ele se sente em relação à situação, influencia seu estado fisiológico, podendo interferir na cirurgia programada. Ele poderá, também, desenvolver um temor real que se estenderá até os membros da família. A realização de uma cirurgia depende do trabalho de toda a equipe cirúrgica, e o enfermeiro é o elemento que pode pressupor a emoção que o paciente pode sentir. Como elemento chave dentro da estrutura hospitalar, o enfermeiro tem condições de contribuir para que as cirurgias programadas sejam realizadas na data marcada e dentro de todas as condições de segurança requerida⁽⁴⁾.

Por outro lado, nem sempre a enfermeira é capaz de satisfazer todas as expectativas do paciente e nem sempre é responsável por elas não serem atendidas. Ela é responsável por tentar identificá-las, levando-as em consideração na assistência ao paciente⁽¹⁰⁾.

O medo pode vir da falta de conhecimento, falso conhecimento, ou até mesmo de saber ao certo o que é o procedimento. Portanto, deve-se avaliar e esclarecer esse paciente no período que antecede a cirurgia, para que ele possa refletir sobre o que foi dito, e assim tentar controlar sua ansiedade⁽¹¹⁾.

Se a perspectiva de uma cirurgia é um momento de crise e fator de ansiedade e estresse para o paciente, o cancelamento deste acontecimento desencadeia uma nova crise, seguindo-se ou sobrepondo-se à primeira e merece atenção especial do enfermeiro e de toda a equipe cirúrgica. A necessidade de uma cirurgia é percebida pelo paciente e familiares como uma situação extremamente desestabilizadora, requerendo estratégias de adaptação, sendo que a não satisfação dessa necessidade pode gerar sentimentos de frustração que merecem ser trabalhados⁽⁵⁾.

Ao se preparar para a cirurgia o paciente traz consigo expectativas, dúvidas e temores a respeito do que irá acontecer. Para ele, o hospital é um ambiente estranho e desconhecido, onde se sente nas mãos de profissionais, nos quais confia e espera receber cuidados adequados. Todas as suas preocupações e expectativas estão voltadas para a realização da cirurgia e não para a suspensão⁽¹²⁾.

No cancelamento de uma cirurgia, o paciente e seus familiares têm, muitas vezes, exacerbados os sentimentos citados anteriormente, já que terão que passar por todo o período pré-operatório novamente; há o medo de uma próxima suspensão, da ocorrência de problemas na cirurgia, da possibilidade de retardar a volta ao trabalho e ao convívio familiar, dentre outros temores. E assim, a ansiedade reaparece ainda mais intensa. A ansiedade surgirá sempre que a satisfação das necessidades humanas básicas for ameaçada⁽¹³⁾.

Sendo assim, sentimentos de medo do desconhecido e ansiedade causam maior tensão, aumentam o nível de estresse do paciente e também da sua família⁽¹⁴⁾.

A intensidade das reações emocionais manifestadas, guarda relação com o tipo de significado que a pessoa atribui ao procedimento cirúrgico. Isto deve ser reconhecido por toda a equipe cirúrgica, para que medidas terapêuticas possam ser realizadas⁽¹⁵⁾.

Por isso, é importante que o profissional a notificar o cancelamento da cirurgia, seja aquele que tem uma relação mútua com o paciente e sua família, para que estejam presentes naquele momento em que há a necessidade de afeto, atenção, confiança e esperança⁽¹⁶⁾.

Dessa forma, cria-se um relacionamento de confiança e esperança entre os dois.

Do ponto de vista administrativo, a suspensão de cirurgia interfere na própria equipe de saúde no que se refere à operacionalização do trabalho, ao consumo de tempo e aos recursos humanos e materiais.

Considerando a busca pela melhoria contínua da qualidade da assistência e eficiência do serviço oferecido à população, com racionalização de recursos como uma preocupação constante das instituições de saúde, vale ressaltar que, suspender cirurgias leva a inferir que a instituição trabalha sem operacionalização eficiente, não racionalizando recursos e não oferecendo assistência com qualidade⁽¹⁷⁾.

A ocupação do leito, a reserva da sala de cirurgia, o desperdício de material, cuja esterilização é dispendiosa, o pessoal envolvido no preparo do

material e da sala de cirurgia, e a perda da oportunidade de inclusão de outro paciente na programação cirúrgica, são fatores que acarretam prejuízos incalculáveis para todo o sistema hospitalar⁽¹⁸⁾.

Quando se suspendem cirurgias por problemas administrativos, está sendo demonstrado que a instituição precisa planejar melhor os recursos materiais e de pessoal⁽⁵⁾.

Sabe-se que há, principalmente no setor público dificuldades financeiras, condições de trabalho difíceis para os funcionários devido o número reduzido destes, e desarticulação entre os níveis de atenção a saúde.

O cancelamento cirúrgico é falha decorrente do não atendimento aos requisitos do planejamento administrativo da unidade. Para obter excelência, a instituição hospitalar deve estar continuamente comprometida com a resolutividade, qualidade e custos baixos dos procedimentos médicos. Dessa forma, torna-se necessária a eliminação de desperdícios, bem como habilidade para melhorar o processo hospitalar (diagnóstico, tratamento, internação, apoio gerencial) por meio de adequada automação, aumento de informação e diminuição da permanência do paciente no hospital⁽¹⁹⁾.

Desperdício pode ser conceituado como todo e qualquer recurso que se gasta, na execução de produto ou serviço, além do necessário (material de consumo, insumos, esforço humano, energia e tecnologia, dentre outros).

Constitui dispêndios extras acrescentados aos custos normais do produto ou serviço, sem qualquer tipo de melhoria para o paciente. Quando os processos de trabalho tornam-se inadequados, o custo dos produtos ou serviços aumenta.

Conseqüentemente, as instituições sofrem perdas financeiras decorrentes do retrabalho, absorvendo o tempo que seria utilizado para realizar outra atividade⁽¹⁹⁾.

As repercussões do cancelamento cirúrgico incidem desfavoravelmente, não apenas sobre o paciente que tem seu vínculo de confiança rompido em relação a instituição, como também sobre a equipe de enfermagem (operacionalização do trabalho, consumo de tempo e recursos materiais, diminuição da qualidade da assistência) e sobre a própria instituição de cuidados de saúde. O cancelamento do procedimento cirúrgico aumenta os custos operacionais e financeiros, trazendo prejuízos para a instituição. O prejuízo financeiro é causado pela deficiência do processo e pode ser evidenciado pela reserva e perda de oportunidade de inclusão de outro paciente, subutilização das salas do centro cirúrgico, aumento da taxa de permanência (e risco de infecção hospitalar), com conseqüente encarecimento do leito-dia e diminuição da disponibilidade de leitos. Outros inconvenientes poderiam ser o desperdício de material esterilizado e de pessoal envolvido tanto no preparo da sala de cirurgia quanto no processo de esterilização⁽¹⁹⁾.

Com relação a hospitalização e suspensão de cirurgia, esses dois fatores podem se constituir em experiências dolorosas e desagradáveis para pacientes infanto-juvenis, pois, além de ocasionar um rompimento brusco nas suas atividades do dia-a-dia, o afastamento do convívio familiar, social e afetivo pode suscitar nesses pacientes reações com comportamentos regressivos, e de raiva, depressão, insegurança, rejeição afetiva, dependência, medo e/ou punição.

A intervenção cirúrgica representa um episódio crítico para qualquer pessoa de qualquer faixa etária, gerando uma crise vital, e nas crianças, o problema torna-se mais complexo, pois estas são mais sensíveis, e sua capacidade para raciocinar logicamente e considerar as razões reais para a experiência é limitada.

Quando uma criança compreende o verdadeiro motivo do procedimento é capaz de tolerar melhor o desconforto e a dor⁽²⁰⁾.

Nessa perspectiva, a ação sistêmica de enfermagem voltada para a orientação prévia, melhorou a terapêutica proposta pela equipe de enfermagem e médica. Quando isso ocorria, o paciente mostrava-se mais seguro, colaborando e apresentando menos alterações físicas e comportamentais⁽²¹⁾.

A ação sistêmica citada anteriormente é uma preocupação crescente dos enfermeiros em oferecer ao paciente cirúrgico assistência especializada, personalizada e humanizada, com objetivos de prevenir complicações no ato anestésico cirúrgico, garantir a segurança, diminuir o estresse, contribuindo ao máximo para o bem estar do paciente e familiares.

A concretização dessa ação acontece por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAEP) que abrange fases do período perioperatório como⁽²²⁾:

- **Período Pré-operatório:** no **levantamento de problemas** os mesmos são levantados por meio de prontuários, utilizando dados da história, evolução clínica e de enfermagem, anotação de enfermagem e resultados de exames, considerando apenas aqueles que poderão ser resolvidos ou que demandem uma intervenção de enfermagem na unidade de centro cirúrgico; com relação às **orientações aos pacientes e familiares**, são realizadas entrevistas com pacientes, prestando orientações e esclarecimentos quanto às dúvidas do paciente e familiares. Nessa fase é possível observar fatores de estresse, que se manifestam por meio da ansiedade, do medo da anestesia e da cirurgia, permite estabelecer interação entre o profissional da saúde e pacientes/familiares;

- **Período trans-operatório:** compreende desde a entrada do paciente no centro cirúrgico até o momento em que é encaminhado à sala de recuperação anestésica. O **Intra-operatório**, que abrange desde a entrada do paciente na sala de cirurgia até seu encaminhamento à sala de recuperação anestésica, é um período de maior estresse para o paciente, familiar e equipe de saúde; as ações assistenciais desenvolvidas em sala de cirurgia devem atender não só às atividades técnicas mas às expectativas do paciente;

- **Período de Recuperação Anestésica:** é compreendido desde o momento da alta do paciente da sala de cirurgia até sua saída da sala de recuperação anestésica;

- **Período pós-operatório:** é realizada a visita pós-operatória de enfermagem, coletando-se dados sobre a evolução operatória do paciente, presença de infecção de sítio cirúrgico e demais intercorrências que poderiam existir durante o intra-operatório e a permanência na sala de recuperação anestésica; além disso, proporciona ao paciente e seu familiar, a oportunidade de expressarem seus sentimentos quanto à assistência perioperatória.

A comunicação profissional-paciente pode ser tanto benéfica, quanto maléfica, sendo isso um reflexo da posição do profissional⁽²³⁾.

O principal dilema vivenciado na prática assistencial junto ao paciente cirúrgico é a dissonância entre informações verbais e escritas, isto é, agendamento de um procedimento cirúrgico e realização de outro similar e/ou suspensão de cirurgia sem justificativa e sem nenhum registro por escrito que explique a razão da suspensão⁽²⁴⁾.

O tratamento cirúrgico para crianças exige a presença dos pais ou responsáveis, o que, além de ser uma necessidade para minimizar os efeitos da separação entre pais e filhos, atualmente é legislada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que no capítulo I, Art. 12 garante a “permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças e adolescentes”⁽²⁵⁾.

A inserção da família no ambiente hospitalar trouxe novas demandas e nova abordagem do cuidado, que antes era centrada na doença, passou a ser na criança e em sua família. Essa mudança contribuiu para que os enfermeiros percebessem que os pais têm suas próprias necessidades, que devem ser informados sobre seu filho, preparados para participar de seu cuidado durante a hospitalização e após a alta, e atendidos em suas necessidades físicas e emocionais, entre outras⁽²⁶⁾.

Fornecer informações completas, corretas e claras sobre as condições e as reações à doença, tratamento da criança e a percepção de como os pais compreendem a situação e o devido tratamento é um dever do enfermeiro⁽²⁷⁾.

O foco deste estudo é a suspensão cirúrgica vivenciada por crianças e seus familiares, especialmente, pela dificuldade de encontrarmos literatura sobre este tema.

Diante do exposto, este estudo busca levantar os motivos das suspensões de cirurgias pediátricas num hospital-escola do interior do Estado de São Paulo, as implicações geradas pela suspensão à mãe e ou/ responsável pelo paciente, em virtude do processo de hospitalização, os sentimentos envolvidos e a comunicação entre equipe de saúde e pacientes/familiares.

2. Objetivos



2.1 OBJETIVO GERAL

Este estudo tem como objetivo identificar os principais motivos e os reflexos da suspensão de cirurgias pediátricas às mães e/ou responsáveis pelo paciente que tiveram a cirurgia suspensa, no período de abril a dezembro de 2007.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar o número de cirurgias pediátricas realizadas pelas 12 especialidades que atuam na Seção Técnica de Centro Cirúrgico;
 - Identificar e descrever o número e os motivos de suspensões de cirurgias pediátricas ocorridas na Seção Técnica de Centro Cirúrgico;
 - Saber se o sujeito da pesquisa identifica o profissional responsável pela comunicação da suspensão da cirurgia;
 - Descrever e compreender os sentimentos gerados nos sujeitos ao vivenciarem a suspensão do procedimento cirúrgico.
-

8. Referências



Diante desta revisão de literatura, e buscando atender aos objetivos propostos, este estudo baseia-se no referencial teórico da comunicação interpessoal verbal e não-verbal, segundo Silva⁽²⁸⁾ e Stefanelli⁽²⁹⁾.

Várias são as abordagens teóricas da comunicação no contexto da Enfermagem: teorias de comunicação interpessoal, em pequenos grupos, nas organizações humanas e de massa⁽³⁰⁾.

As teorias que tratam da comunicação interpessoal buscam compreender a natureza do estabelecimento e manutenção das relações; os padrões estabelecidos nas relações que são movidas pelas necessidades interpessoais de inclusão, controle e afeição; o processo de percepção interpessoal que se estabelece nas interações e como se dá a apresentação do eu a outros; como os interlocutores se percebem e se compreendem, ou seja, como se dá o complexo processo de percepção social, os graus variados de atração ou rejeição no relacionamento; e finalmente, o conflito social que pode resultar da comunicação interpessoal ou levar a esta⁽²⁹⁾.

Pelas suas características esse contexto tem sido um dos mais estudados na Enfermagem, em especial na relação enfermeiro-paciente. Nem sempre os achados desses estudos têm sido considerados positivos. São inúmeros os exemplos de afastamento ou distanciamento de pacientes, ou de uso de comportamentos autoritários ou assimétricos⁽²⁹⁾.

Considera-se que o conhecimento das dimensões de assertividade, responsividade e versatilidade do estilo de comunicação de uma pessoa, e da comunicação do outro com quem interage, seja necessário para maximizar os objetivos da comunicação⁽²⁹⁾.

Nesse enfoque, a comunicação é considerada um sistema aberto, um processo complexo onde os comunicadores interagem entre si simultaneamente, não em seqüência. Também pode ser considerado um processo interdependente, no qual os comunicadores afetam-se mutuamente e simultaneamente, envolvendo *feedback* por ser um processo adaptativo. É um processo padronizado de comportamento governado por regras, e deve funcionar continuamente para sustentar padrões de relacionamento, que podem estar apoiadas no uso de símbolos⁽²⁹⁾.

Na área da saúde, é fundamental saber interagir com pessoas. A todo o momento pelos corredores dos hospitais, nos ambulatórios, salas de emergência, leitos de pacientes e salas de cirurgias, surgem conflitos originados de uma atitude não-compreendida ou mesmo de uma reação inesperada. É de se esperar que isso aconteça porque os profissionais da área da saúde têm como base do seu trabalho as relações humanas, sejam elas com o paciente e seus familiares ou com a equipe multidisciplinar. Assim, não se pode pensar na ação profissional sem levar em consideração a importância do processo comunicativo nela inserido. A escrita, a fala, as expressões faciais, a audição e o tato, são formas de comunicação amplamente utilizadas, conscientemente ou não⁽²⁸⁾.

Cabe ao profissional da saúde decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para só então estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades. Para tanto, é preciso estar atento aos sinais de comunicação verbal e não-verbal, emitidos pelos pacientes e seus familiares durante o processo de interação.

Seguindo Littlejohn⁽³⁰⁾, quatro são os processos básicos da comunicação:

-
- **Codificação:** implica a compreensão de que usamos códigos (ou signos) verbais e não-verbais para nos comunicar;
 - **Significado e pensamento:** os signos têm significados para as pessoas, e o conjunto de signos expressos nas mensagens é produto do pensamento;
 - **Informação:** as mensagens fornecem informações, que podem ser medidas quantitativamente. São considerados 3 níveis: o teórico (voltado para a correta transmissão da informação); o semântico (refere-se aos significados para a fonte e para o receptor); e o de eficiência (aborda a informação sobre o receptor);
 - **Persuasão e mudanças:** esse processo refere-se aos efeitos da comunicação, ou seja, como as mensagens alteram atitudes, ações e valores dos receptores.

Segundo Silva⁽²⁸⁾, a comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes. A autora refere que a comunicação interpessoal pode ser dividida em comunicação verbal e não-verbal. A comunicação verbal é aquela associada às palavras expressas, por meio de linguagem escrita e falada. Na interação verbal, está se tentando expressar transmitindo, clarificando ou validando a compreensão de algo. Pode-se fazer uso de algumas técnicas de comunicação verbal para auxiliar na **expressão, clarificação e validação** da mensagem⁽²⁸⁾.

Para a **expressão**, as técnicas utilizadas são: permanecer em silêncio, verbalizar aceitação, repetir as últimas palavras ditas pela pessoa, ouvir reflexivamente e verbalizar interesse.

Quanto à **clarificação**, podem ser utilizadas técnicas como: estimular comparações, devolver as perguntas feitas e solicitar esclarecimento de termos incomuns e de dúvidas.

No que se refere à **validação**, podem ser utilizadas estratégias como: repetir a mensagem dita e pedir à pessoa para repetir o que foi dito. A experiência e as propostas teóricas mostram que a não-validação da comunicação é uma das causas da falta de compreensão entre as pessoas.

Segundo Stefanelli⁽²⁹⁾, a comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio e longo prazo. Essa influência pode ser percebida mesmo quando as pessoas estão em total isolamento, distantes umas das outras ou do ambiente no qual o processo de comunicação ocorreu. Isso permite afirmar que as pessoas encontram-se constantemente envolvidas por um campo interacional. É esse intercâmbio de mensagens, trocas, percepção e interpretação que permite às pessoas formar a imagem delas mesmas, do outro e do mundo à sua volta.

É dentro desse campo interacional, em determinado contexto, que as pessoas se percebem, partilham o significado de idéias, pensamentos e propósitos, alterando ou mantendo seus significados num processo de interação com os outros e o ambiente, o que lhes permite traçar metas e visualizar meios para atingi-las, destacando-se, assim, a importância da comunicação para a saúde⁽²⁹⁾.

Portanto, a comunicação nos níveis primário, secundário e terciário, ou no âmbito da reinserção social, pode ser designada de terapêutica.

A comunicação terapêutica é a competência do profissional de saúde, em usar o conhecimento sobre a comunicação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado, e a enfrentar os desafios à auto-realização, procurando aprender a viver de forma mais saudável possível, tendo como meta encontrar um sentido para viver com autonomia, ou seja, usar a comunicação terapêutica de forma consciente e planejada⁽²⁹⁾.

Algumas premissas norteiam a comunicação terapêutica na Enfermagem:

- a comunicação é um eixo-integrador entre assistência, ensino e pesquisa em Enfermagem;
- permite ao Enfermeiro exercer a profissão como ciência e arte, de forma integrada;
- favorece a integração do ser pessoa com o ser profissional;
- é a essência do cuidado humanitário;
- é fundamental na educação em saúde;
- é essencial à saúde da pessoa.

A comunicação com aquele que se encontra em situação de dependência total ou parcial para cuidar de si, seja qual for a qualificação que lhe atribuem, permeia todas as ações dos profissionais de saúde no desempenho de seu papel, e em especial as do enfermeiro, que é o profissional que mais tempo permanece junto do paciente. Disso decorre a importância do enfermeiro esforçar-se, ao longo de sua formação, para adquirir a competência em comunicação na sua relação com aquele que é o alvo de sua profissão – o ser humano⁽²⁹⁾.

O enfermeiro tem de estar capacitado para enfrentar as dificuldades advindas desse processo, que lhe traz uma clientela cheia de incertezas diante das mudanças a que está sujeita no dia-a-dia. Para amenizar a situação, a competência em comunicação faz-se cada vez mais necessária – somente assim é possível continuar oferecendo cuidado interdisciplinar, personalizado, competente e humanitário⁽²⁹⁾.

4. Metodologia



4.1 TIPO DE ESTUDO

Esse estudo caracteriza-se como descritivo-exploratório, com abordagem metodológica qualitativa, dada a natureza do objeto de estudo e o objetivo proposto.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões, as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos⁽³¹⁾.

Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Assim, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias⁽³¹⁾.

4.2 LOCAL

Este estudo foi desenvolvido na Seção Técnica de Centro Cirúrgico e Unidades de Internação Cirúrgicas de um hospital de ensino, sendo este, de referência terciária dentro da regionalização e do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Seção Técnica de Centro Cirúrgico possui 10 salas de cirurgia e atende 12 especialidades cirúrgicas (gastrocirurgia, ginecologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, neurocirurgia, cirurgia cardíaca, cirurgia torácica, cirurgia vascular, urologia, cirurgia pediátrica e cirurgia plástica) cuja programação se faz em uma grade cirúrgica, realizando-se, aproximadamente, 30 cirurgias por dia, entre eletivas, de urgências e emergências, sendo destas, em média, 05 cirurgias pediátricas.

4.3 SUJEITOS

Os sujeitos deste estudo foram quinze mães e/ou responsáveis de pacientes com idade entre 0 e 18 anos, internados nas Unidades Cirúrgicas deste hospital de ensino, que tiveram suas cirurgias suspensas, no período de abril a dezembro de 2007. Justifica-se o estudo com crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, considerando-se, especialmente, a lei da Criança e do Adolescente nº 8.069 de 13 de julho de 1990, Cap.I, Art. 2º, bem como a Constituição Federal⁽²⁵⁾.

Optou-se pelas mães e/ou responsáveis como respondentes da pesquisa por haver suspensões de cirurgias de recém-nascidos e crianças que não conseguiriam, pela faixa etária, responder as questões referentes a este estudo.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, o projeto foi enviado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde; e, após aprovação do mesmo, segundo ofício nº. 28/2007 (Anexo I), iniciou-se a coleta dos dados.

Com o auxílio do CIMED (Centro de Informação Médica) e de um roteiro de informações (Anexo II), procedeu-se um levantamento do número de cirurgias realizadas pelas 12 especialidades cirúrgicas atendidas pela Seção Técnica de Centro Cirúrgico, bem como o número de cirurgias suspensas e os principais motivos, no período de janeiro a dezembro de 2007, além de dados que pudessem caracterizar a população do estudo.

Ao ser notificada pelo centro cirúrgico que havia cirurgias pediátricas suspensas, no dia da cirurgia ou no dia anterior, ou, após a busca ativa de cirurgias suspensas, a pesquisadora identificava o paciente e se deslocava até a unidade de internação para realizar a entrevista com a mãe e/ou responsável.

As entrevistas foram realizadas com as mães e/ou responsáveis dos pacientes pediátricos após o consentimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III), num período máximo de 24 horas após receber a notícia da suspensão da cirurgia, que poderia ocorrer na unidade de internação, ou nas dependências do centro cirúrgico.

Cada entrevista durou em média 20 minutos, do momento da abordagem e apresentação da pesquisadora, até a finalização e agradecimento pela participação.

A participação neste estudo foi voluntária, e não houve negação quanto à realização da entrevista por parte dos sujeitos.

Optou-se por entrevista semi-estruturada (Anexo IV) com gravação em fita cassete e, na seqüência, transcrita para melhor análise, com a intenção de perceber os sentimentos das mães e/ou responsáveis, em relação à situação de suspensão de cirurgias do paciente sob sua responsabilidade. Para tal utilizou-se as seguintes questões norteadoras:

- Quem informou/orientou sobre a suspensão da cirurgia de seu (sua) filho (a)?
- Recebeu informação/orientação sobre a suspensão da cirurgia de seu (sua) filho (a)?
- Como se sentiu diante desta situação?
- Gostaria de relatar algo mais?

4.5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Depreendendo que o material trabalhado fundamenta-se nos diálogos desenvolvidos através de entrevistas, e partindo da premissa de que tudo o que é dito ou escrito é passível de ser submetido à análise de conteúdo, foi escolhido dentre as técnicas propostas, a análise temática, para instrumentalizar e operacionalizar a análise de conteúdo das entrevistas concedidas pelos sujeitos participantes deste estudo.

A análise de conteúdo é conceituada como sendo um conjunto de técnicas das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Considera-se como sendo um meio, para estudar as comunicações entre seres humanos, ressaltando o conteúdo das mensagens⁽³²⁾.

Buscando atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo, têm sido desenvolvidas como técnicas de análise de conteúdo: a **análise de expressão**, a **análise de relações**, a **análise temática** e a **análise da enunciação**⁽³¹⁾.

No entanto, não existe nada pronto para aqueles que pretendem utilizar a análise de conteúdo como método em suas investigações. O que existe são algumas regras básicas que permitem ao investigador adequá-las ao domínio e objetivos pretendidos, reinventando a cada momento uma maneira de analisar⁽³²⁾.

O método de análise de conteúdo é composto de três fases: **pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.**

A **pré-análise** nesta fase, o pesquisador faz uma leitura flutuante, atividade onde se estabelece o primeiro contato com os documentos a serem analisados, deixando-os tomar contato exaustivo com o material. Além da leitura flutuante, o pesquisador faz a escolha dos documentos, ou seja, procede a demarcação do universo de documentos sobre os quais proceder-se-á a análise, portanto constituindo o corpus, *“conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”*. É a fase de organização propriamente

dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Ainda nesta fase, podem-se formular hipóteses e objetivos, não sendo obrigatório o estabelecimento de hipóteses como guia. Já os objetivos poderão ser aqueles que norteiam a investigação ou serem estabelecidos a partir desta fase. Seguindo os procedimentos de pré-análise, o autor recomenda que se determine também as operações de recorte de texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados. Como último procedimento da pré-análise, recomenda-se a preparação do material no sentido de reuni-lo, no caso de entrevistas gravadas. Estas deverão ser transcritas na íntegra, facilitando desta maneira, a manipulação para análise.

A **exploração do material** é a fase que ocorre logo após a pré-análise e consiste numa fase longa e enfadonha, de operações de codificação, enumeração, classificação e agregação, em função de regras previamente formuladas. Nessa fase o material é codificado, ou seja, submetido a um processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. Para organização das codificações são necessárias três escolhas: **o recorte** (escolha das unidades); **a enumeração** (escolha das regras de contagem); e **a classificação e a agregação** (escolha das categorias). Para realizar o recorte do material, torna-se necessária a leitura do mesmo e a demarcação dos “núcleos de sentido”, ou seja, das unidades de significação. Estas unidades podem ser chamadas de unidades de registro, que nada mais são do que um segmento de conteúdo a ser considerado como unidade de base, visando à categorização e à contagem freqüencial. No caso de análise

temática, o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado. Logo, fazer uma análise temática, consiste em descobrir os temas que são as unidades de registro neste tipo de técnica de análise, que corresponde a uma regra para o recorte. Após o recorte, procede-se à contagem das unidades de significação, conforme as regras estabelecidas pelo codificador que, posteriormente, passará a classificá-las e a agregá-las em categorias.

As **categorias** são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, sendo que esse agrupamento é realizado em razão dos caracteres comuns destes elementos.

Os critérios para categorização podem ser: **semântico** ou **temático**, quando são agrupados todos os temas que têm o mesmo significado; **léxico**, que corresponde à classificação das palavras, segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos; **sintático**, que agrupa verbos e adjetivos; e **expressivo**, que são as categorias que classificam as diversas perturbações da fala. Classificar elementos em categorias impõe à pesquisa o que cada um deles tem em comum com outro, o que vai permitir o agrupamento é a parte comum existente entre eles.

A categorização é um processo do tipo estruturalista e comporta duas etapas: **o inventário** (isolar o elemento) e **a classificação** (repartir os elementos e, portanto, procurar ou impor certa organização às mensagens). Tem como objetivo principal fornecer por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos⁽³²⁾.

Um conjunto de categorias deve possuir as seguintes qualidades:

- **Exclusão mútua:** cada elemento não pode existir em mais de uma categoria;
- **Homogeneidade:** o princípio de exclusão mútua depende da homogeneidade das categorias (um único princípio de classificação deve governar a sua organização);
- **Pertinência:** a categoria está adaptada ao material de análise escolhido, e quando pertence ao quadro teórico definido. O sistema de categorias deve refletir as intenções da pesquisa, as questões do pesquisador e/ou corresponder às características da mensagem;
- **Objetividade e fidelidade:** as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma categoria, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises;
- **Produtividade:** um conjunto de categorias é produtivo se fornecer resultados bons em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos.

O **tratamento dos resultados** obtidos e **interpretação** é a fase em que os dados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos. O analista tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis pode então propor **inferências** e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito à outras descobertas inesperadas.

Uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, e cuja presença ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido.

A noção de tema está vinculada a uma afirmação sobre o assunto específico, comporta várias relações e pode ser representada por uma palavra, frase ou resumo⁽³¹⁾.

O tema, enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de corte (do sentido e não da forma) que não é fornecida uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas. Geralmente, é utilizado como uma unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, entre outros⁽³²⁾.

5. Análise dos Dados



5.1 DADOS REFERENTES AO PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS DO LOCAL DO ESTUDO

No ano de 2007, a Seção Técnica de Centro Cirúrgico do hospital de ensino estudado, realizou um total de 7.405 procedimentos cirúrgicos, sendo que desse valor 4.666 foram procedimentos de rotinas, 1.794 de urgências e 945 emergências. Com relação às suspensões de cirurgias foram registradas um total de 1.533 cirurgias, distribuídas entre rotinas, urgências e emergências.

Dos 7.405 procedimentos cirúrgicos, 1.705 foram procedimentos cirúrgicos pediátricos, registrando também, 296 cirurgias pediátricas suspensas distribuídas em cirurgias eletivas, de urgência e emergências. Observa-se que 17,3% das cirurgias pediátricas foram suspensas neste período.

Essas suspensões aconteceram por vários motivos, quais sejam:

- Paciente não compareceu à internação: 47,3%
 - Paciente com alteração do quadro clínico: 26,3%
 - Equipe cirúrgica não disponível: 6,8%
 - Ultrapassou o horário de rotina de cirurgia: 4,5%
 - Mudança de conduta médica: 4,0%
 - Suspensão em prol de urgência/emergência: 3,7%
 - Falta de preparo pré-operatório (jejum): 3,7%
 - Outros: 3,7%
-

5.1.1 Paciente não compareceu à internação.

O fato de programar uma cirurgia e ter como resultado sua suspensão pela não internação do paciente, vem ao encontro com estudos que afirmam que, diante do cancelamento cirúrgico há um aumento do custo operacional e financeiro, trazendo prejuízos para a instituição, além do desperdício de material esterilizado, retrabalho de pessoal especializado envolvido, tanto no preparo da sala operatória, quanto no processo de esterilização, além da perda de oportunidade de inclusão de outro paciente⁽¹⁹⁾.

Ao compararmos com outros estudos desenvolvidos por Perroca et al.^(17,19) e Paschoal et al.⁽¹²⁾, observou-se que o cancelamento de cirurgias relacionado ao não comparecimento do paciente não é somente um dado que ocorre nesta instituição, é fato também em outros hospitais, perfazendo médias de 17,2% a 56,3%.

5.1.2 Paciente com alteração do quadro clínico.

Para que o paciente realize uma cirurgia, ele precisa necessariamente, ser avaliado pela equipe cirúrgica e também por um médico anestesiológico, que checará todos os exames pré-operatórios, e avaliará por meio do exame físico e antecedentes familiares, possíveis alterações fisiológicas que impeçam ou não o procedimento anestésico-cirúrgico. Porém observou-se, que 4,5% dos pacientes que tiveram sua cirurgia suspensa não estavam aptos para tal, de acordo com a descrição do médico anestesiológico contida no aviso cirúrgico.

A mesma situação também foi encontrada em outros estudos que apontam respectivamente dados como 34,7%, 17,2% e 16,13% para cancelamentos cirúrgicos pela condição clínica do paciente^(12,17,19).

Referente a este fato, vale ressaltar que os agendamentos cirúrgicos na maioria dos casos são realizados com antecedência (3 meses a 1 ano), e o paciente estará susceptível às mudanças em suas condições clínicas, o que pode inviabilizar o procedimento cirúrgico. Outro aspecto a ser considerado é que muitos dos pacientes são moradores de cidades adjacentes ao hospital, e dependentes de transporte de seus municípios de origem para deslocamento.

5.1.3 Equipe cirúrgica não disponível.

No contexto estudado, as equipes cirúrgicas possuem número reduzido de cirurgiões por especialidades, os quais se dividem em atendimentos ambulatoriais, unidades de internação, pronto-socorro e centro cirúrgico, não permitindo disponibilidade exclusiva para atendimento das cirurgias, principalmente cirurgias de urgência que acontecem fora do planejamento diário. Em muitas ocasiões, o centro cirúrgico está disponível para o atendimento das cirurgias, porém a equipe cirúrgica não está disponível, o contrário também pode acontecer, levando à suspensão de cirurgias.

5.1.4 Ultrapassou o horário estabelecido para início da cirurgia eletiva.

Quanto à problemática de ultrapassar o horário de rotina, vale aqui ressaltar um pouco da dinâmica do centro cirúrgico da instituição em estudo.

O centro cirúrgico é constituído de dez salas cirúrgicas que atendem cirurgias eletivas, de urgência e emergência de doze especialidades, de acordo com os horários pré-estabelecidos para cada uma, e disponibilizados numa grade cirúrgica. As cirurgias eletivas são atendidas diariamente, em nove salas cirúrgicas de acordo com o programa cirúrgico e devem ser iniciadas até, no máximo, às 16:30h. Após este horário são atendidas as cirurgias de urgências e emergências. A décima sala é destinada, única e exclusivamente, para atendimento de cirurgias de emergências. Nos finais de semana e feriados, o centro cirúrgico trabalha com quatro salas cirúrgicas para atendimento de cirurgias de urgências e emergências.

Para que o enfermeiro do centro cirúrgico realize a elaboração do programa cirúrgico, é necessário que as equipes cirúrgicas enviem os avisos cirúrgicos até às 15:00h do dia anterior. As informações do aviso cirúrgico são digitadas no banco de dados informatizado, tendo em vista a posterior preparação para o procedimento, que envolve equipe de anestesia, enfermagem, cirurgiões, laboratórios, centro de material e esterilização e hemocentro.

O problema observado é que por ser um hospital-escola onde os acadêmicos ainda estão em processo de desenvolvimento de suas habilidades técnicas e profissionais, interferindo de maneira significativa no tempo operatório e prolongando o ato anestésico-cirúrgico, em comparação com outros hospitais que não tenham vinculação com o ensino. Além disso, há uma extensa agenda de pacientes aguardando um momento para a realização do procedimento cirúrgico. Assim, dar atendimento a essa demanda, esbarra na questão tempo cirúrgico e disponibilidade do centro cirúrgico, levando à suspensão de cirurgias quando estas ultrapassam o horário pré-estabelecido para seu início.

5.1.5 Mudança de conduta médica.

Com relação à suspensão por mudança de conduta médica, observou-se anotações da equipe médica como mudança de técnica cirúrgica, no aviso cirúrgico, o que ocasiona a suspensão para um novo preparo cirúrgico.

Este fato também é apontado em estudo, com uma média de 3,5% de suspensões de cirurgias⁽¹⁷⁾.

5.1.6 Suspensão em prol de urgência/ emergência

Sobre suspender cirurgia em benefício de urgência/ emergência, observou-se, que as especialidades possuem poucos períodos/dias disponíveis no centro cirúrgico para atender à grande demanda de cirurgias, e precisam encaixar as cirurgias de urgência e emergência nesses períodos destinados às cirurgias eletivas. Como descrito anteriormente, cirurgias com caráter de urgência e emergência não podem aguardar disponibilidade de horário cirúrgico, e também, não podem ser programadas. Portanto, precisam ser atendidas prontamente, levando a equipe cirúrgica juntamente com a coordenação do centro cirúrgico, a optar por essas, em detrimento das cirurgias programadas.

5.1.7 Falta de preparo pré-operatório.

Todos os motivos de suspensão deste item foram devidos à falta do jejum pré-operatório.

Manter jejum absoluto é uma das condutas que na maioria das vezes não é seguida pela criança e/ou mãe/responsável, desencadeando o processo de suspensão de cirurgia. Grande parte do não entendimento dessa conduta é por falta de orientação/ informação da necessidade extrema do jejum para a realização do ato anestésico-cirúrgico.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES

5.2.1 Sexo

Os pacientes cujas mães e/ou responsáveis foram sujeitos desse estudo, se distribuíram em onze pacientes do sexo masculino e quatro do sexo feminino.

5.2.2 Idade

A variação de idade dos pacientes foi de dois meses a dezessete anos.

5.2.3 Escolaridade

Três estavam cursando o ensino fundamental, um cursando o ensino médio, e onze não tinham idade suficiente para o ingresso à escola e/ou alfabetização.

5.2.4 Tempo de internação

A média de internação apresentada pelos dados do Centro de Informação Médica foi de três dias, com uma exceção de uma internação de 15 dias, devido a complicações do quadro clínico do paciente no período pré-operatório.

5.2.5 Cirurgias anteriores vivenciadas pelo paciente

Dos quinze pacientes pediátricos, seis já haviam passado por um procedimento cirúrgico anterior, porém nenhum havia vivenciado a suspensão de cirurgia até o momento do estudo.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

5.3.1 Grau de parentesco

Observou-se que a maioria dos sujeitos que estavam presentes no momento da notícia da suspensão de cirurgia do paciente eram mães, perfazendo um total de treze mães, uma avó e um pai de paciente.

5.3.2 Idade

A idade dos sujeitos do estudo variou de 21 anos a 65 anos.

5.3.3 Sexo

Dos quinze sujeitos do estudo, quatorze eram do sexo feminino e um do sexo masculino.

5.3.4 Escolaridade

Quanto à escolaridade, um tinha nível técnico, sete ensino médio, seis ensino fundamental e um era analfabeto.

6. Resultados e Discussão



6.1 TRATAMENTO DOS DADOS

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, foi priorizado o discurso dos entrevistados como fonte de informação para a análise do processo de comunicação diante da situação de suspensão de cirurgia pediátrica.

6.1.1 Unidades de categorias

Inicialmente, os resultados serão categorizados a partir das questões formuladas aos sujeitos do estudo, sendo considerados sujeitos as mães e/ou responsáveis pelas crianças internadas.

Questão 1: Quem informou/orientou sobre a suspensão da cirurgia de seu (sua) filho (a)?

Após a leitura e agrupamento das respostas a esta questão, surgiram duas categorias, sendo que para a realização dos agrupamentos, utilizamos o critério temático conforme citado anteriormente.

1- Identificação do profissional

2- Não identificação do profissional

1- Identificação do profissional

Dentre os sujeitos, oito souberam identificar quem forneceu a informação/orientação sobre a suspensão, inclusive citando os nomes dos médicos cirurgiões:

“Foi a médica dele, a dra. Y e mais a equipe que atendeu no ambulatório de pediatria.”(E7)

“A dra. X.”(E9)

“A própria médica dela, a dra. Z.”(E12)

O fato de identificarem o profissional responsável pela informação/orientação, demonstra de certa maneira, um vínculo um pouco mais estreito entre o profissional e o paciente e a mãe e/ou responsável. Esse vínculo estabelecido entre equipe de saúde e pacientes/familiares é benéfico ao tratamento proposto, pois reforçam laços de segurança, confiança e credibilidade.

Vale ressaltar, que diante dos resultados, observou-se que a maioria das mães e/ou responsáveis que reconheceram o profissional tinham o ensino médio e o nível técnico de escolaridade. Isso pode levar a inferir, que quanto maior o grau de escolaridade da mãe e/ou responsável, mais questionamentos são realizados e mais esclarecimentos são fornecidos.

2- Não identificação do profissional

Dos quinze sujeitos, sete sabiam que quem deu a informação sobre a suspensão eram médicos, porém não souberam identificar o nome, e também não conseguiram identificar se eram médicos cirurgiões ou médicos anestesiológicos:

“Um médico lá, eu não conheço ele. Um de óculos.”(E11)

“Dois médicos.”(E1)

“Ah, eu não lembro o nome da médica.”(E13)

Observou-se que a maioria das mães e/ou responsáveis que não souberam identificar o profissional que orientou/ informou, tinham somente o ensino fundamental.

Também foi percebido, em alguns casos, que a não identificação aconteceu pelo pouco vínculo estabelecido com a equipe cirúrgica, uma vez que pacientes são atendidos no ambulatório uma única vez e já encaminhados para a fila de espera de cirurgias; por serem chamados para internação um dia antes do dia programado para a realização de exames pré-operatórios, e na seqüência, serem submetidos à cirurgia.

Tanto na categoria 1 quanto na 2, percebeu-se que o profissional enfermeiro não estava presente no momento da notícia da suspensão da cirurgia, juntamente com o médico. O enfermeiro cumpre suas tarefas, media as relações, conhece e organiza toda a questão técnica, porém não tem visibilidade, ou ainda, essa não visibilidade é em razão do distanciamento do enfermeiro do cuidado integral ao paciente, por priorizar as atividades administrativas⁽³³⁾.

“As atividades administrativas ocupam a maior parte do tempo dos enfermeiros e em consequência há baixo índice de atuação na assistência direta do paciente.”(p. 8)

A atividade tecnicista do enfermeiro é prontamente reconhecida pela equipe de saúde e pela sociedade, porém existe uma conexão do enfermeiro com o tratamento da doença, nunca com a prevenção, a promoção da saúde e a comunicação⁽³⁴⁾.

Embora a atitude profissional do enfermeiro não seja visível aos olhos do paciente e de seus familiares, observou-se que foi ele quem incentivou os médicos a informarem as mães e/ou responsáveis sobre a suspensão de cirurgia da criança e proporcionou condição para que esse momento acontecesse.

Questão 2: Recebeu algum tipo de informação/orientação sobre a suspensão da cirurgia?

Desta questão surgiram sete categorias:

- 1- Melhora do quadro clínico**
 - 2- Novo quadro clínico do paciente**
 - 3- Em decorrência de outras cirurgias de urgência e emergência**
 - 4- Alterações em exames pré-operatórios**
 - 5- Falha na orientação de procedimentos e condutas pré-operatórias**
 - 6- Informações sobre intercorrências durante a indução anestésica**
 - 7- Falta de informação sobre a suspensão da cirurgia**
-

1- Melhora do quadro clínico

“Só falaram que ele estava bonzinho e não precisava fazer a cirurgia.”(E1)

Observa-se nessa fala, que a mãe e/ou responsável não têm uma informação concisa sobre o real estado de saúde da criança.

Encontram-se estudos que ressaltam que os pais têm necessidade de compreender a situação e o tratamento do filho, e para continuar a prestar assistência à criança, carecem de informações precisas e consistentes a respeito do diagnóstico, tratamento e cuidados específicos ao filho, o que lhes causa muita preocupação⁽³⁵⁻³⁶⁾.

Fornecer informações completas, apuradas, corretas e claras sobre as condições e as reações à doença e tratamento, e verificar como os pais compreenderam a situação e o tratamento da criança, é dever de toda a equipe de saúde envolvida com o processo de internação.

2- Novo quadro clínico do paciente

“Explicaram que é perigoso, ele está resfriado, a anestesia, explicaram tudo.”(E4)

“O médico falou que ela está com gripe e não tem como.”(E11)

“Ela está tomando uma medicação muito forte, o lupus está totalmente desregulado, então acharam melhor regular, era muita coisa para um dia só! A medicação é muito forte, tem efeito colateral e por isso suspenderam.”(E12)

“Ele está com um pouquinho de gripe e coriza e um pouco de febre. Na última consulta de rotina, a médica disse que sentiu o baço um pouco aumentado e prescreveu um ultra-som, só que eu não consegui agendar antes da cirurgia, aí mostrei o papel para eles, e eles acharam melhor aguardar o resultado para não complicar depois da cirurgia.”(E13)

“Ele fez cirurgia do coração também quando era pequenininho e agora precisa tomar AAS, então o sangramento fica muito fino, aí eles foram tentar puncionar a veia, começou a sangrar e não parava mais, decidiram nem fazer a cirurgia para não perder muito sangue.”(E14)

“Ela não estava bem do pâncreas e ele disse que se operasse ela como estava, debilitada, poderia sair dali e ir para a UTI, poderia agravar o caso.”(E15)

Esses relatos mostraram que há entendimento por parte das mães e/ou responsáveis quando orientadas sobre a suspensão da cirurgia diante de um novo quadro clínico do paciente, o qual poderia alterar o resultado cirúrgico.

3- Em decorrência de outras cirurgias de urgência e emergência

“Explicaram, nasceu um bebezinho RN e tinha que ser operado com urgência. Foi o que eles disseram.”(E5)

“Então, eles pediram, falaram que uma outra criança precisava, daí eu entendi.”(E3)

As mães e/ou responsáveis entendem e se conformam com o fato de ser suspensa a cirurgia de seu filho em prol de outra mais grave/urgente, mesmo que isso não tenha sido explicado de maneira detalhada.

Observou-se também, que existe um sentimento de solidariedade entre pacientes e mães e/ou responsáveis. Mesmo aguardando pela cirurgia há meses, como acontece em muitos casos, há aceitação por parte dos envolvidos quando

alguém mais grave está em questão. Não houveram questionamentos, apenas entendimento e conformismo.

Estudo sobre a mesma temática faz referência à falta de controle da situação. Os indivíduos estudados apresentavam sentimentos de conformismo e impotência frente ao problema. O autor define o conformismo como sendo reflexo da relação que o paciente tem com a instituição de saúde, e da esperança de que haja alguma intervenção divina⁽¹⁴⁾.

4- Alterações em exames pré-operatórios

“O próprio dr. Z disse assim: Não, a gente conversou com a pediatria que através do Rx viram uma manchinha que no eco não foi descrito pela pessoa que fez.”(E6)

“Eles ligaram para mim, na minha casa, falando para eu comparecer aqui até às 17h da tarde! Eu compareci, só que não veio nem anestesista, nem cirurgião, fui saber que era o anestesista no outro dia de manhã no centro cirúrgico, que ele veio fazer algumas perguntas para mim e aí suspendeu porque ele já havia tido problema com a anestesia numa outra cirurgia e acharam melhor fazer novos exames.”(E8)

Esses relatos vêm confirmar os resultados encontrados por um estudo realizado, o qual afirma que a falta dos exames pré-operatórios levou à suspensão de 5% das cirurgias eletivas de um hospital público⁽¹²⁾.

A problemática advinda dessa situação é a de que o paciente permanecerá mais tempo no hospital, quando a vaga da cirurgia poderia ter sido utilizada por outro paciente, além de uma preparação do centro cirúrgico para determinada cirurgia que foi suspensa, envolvendo recursos financeiros, humanos e de material, lembrando também, que quanto mais tempo o paciente permanecer internado no hospital, maiores são as chances de adquirir infecções, elevando ainda mais o custo da internação.

5- Falha nos procedimentos e condutas pré-operatórias.

“Eu amamentei no horário que não podia. Era para mim amamentar só até três horas da manhã, e eu me perdi na hora e dei mamá às cinco e trinta da manhã e por isso suspendeu.”(E9)

Constata-se que houve orientação quanto ao preparo pré-operatório da cirurgia a ser realizada, porém acredita-se que esta foi feita de maneira inadequada ou ineficiente.

A amamentação é um processo alimentar que oferece alimento nutricionalmente completo para a criança, e constitui-se num fenômeno complexo, no qual estão envolvidos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, estando intimamente associado à cultura.

Amamentar é um ato barato, de fácil acessibilidade e que estabelece uma relação direta com o amor materno; assim, o que se prega pela sociedade é que a mãe que ama seu filho deve amamentá-lo para que ela seja vista como um modelo cultural de boa mãe. Essa concepção é marcante, e às vezes pode levar à atitudes como a descrita na resposta dessa categoria. Observou-se que a mãe se atrapalhou com o horário, porém ela também vivenciou a questão de ter leite e a criança estar chorando por fome; o fato de não poder amamentar, devido a uma orientação dada que não teve significado importante para ela naquele momento.

Observou-se falha na assistência da equipe de enfermagem, que muitas vezes, deixa ao encargo da mãe e/ou responsável o cuidado pela criança, sabendo que há a necessidade de supervisionar esse cuidado, trocando informações e

transmitindo orientações importantes sobre o estado de saúde da criança, regras e normas hospitalares.

É de fundamental importância o preparo do paciente não somente quanto às informações referentes à cirurgia, mas também quanto aos exames e condutas pré-operatórias⁽³⁷⁾.

6- Informações de intercorrências durante a indução anestésica

“Ele teve toxoplasmose congênita, nasceu pré-termo de sete meses e eu fiquei aqui com a bolsa rompida, só depois fez o parto. Ele veio fazer uma cirurgia no tendão da perna e o Dr. R. não sabia que ele tinha outra cirurgia para fazer na bacia. Aí ele passou mal lá no centro cirúrgico, a cirurgia foi suspensa porque ele passou mal, vomitou e veio parar aqui na UTI.”(E10)

Se as orientações/informações fossem transmitidas de maneira eficaz, a mãe e/ou responsável por essa fala saberia que, sendo o filho portador de uma síndrome congênita, portanto apresentando várias alterações anatômicas e fisiológicas que interferem e dificultam o processo anestésico-cirúrgico, ficaria mais esclarecida diante da situação de ter a cirurgia suspensa por intercorrências, durante o procedimento anestésico-cirúrgico.

O esclarecimento de dúvidas permite ao paciente e seus familiares compreenderem certas situações, e quem sabe, procurar alternativas que minimizem suas ansiedades⁽³⁸⁾.

7- Não houve informação sobre a suspensão da cirurgia

“Não! Só falou que foi suspenso ali na hora.”(E2)

“Só falou que não ia dar e aí deixou para amanhã, era para ser cedo, daí não deu, aí ele deixou para as nove horas e aí só foi meio-dia, só isso.”(E3)

Ao se refletir sobre essa categoria, percebe-se que seria incoerente com o processo de comunicação o fato da mãe e/ou responsável não serem informados sobre o motivo da suspensão da cirurgia de seu filho, além de ferir o direito previsto por lei de que toda mãe e/ou responsável têm o direito de saber tudo o que acontece ou acontecerá com seu filho.

Observou-se que os profissionais da equipe de saúde, ignoram o paciente e mães e/ou responsáveis que acabaram de receber a notícia do cancelamento da cirurgia. Por mais corriqueiro que isso possa parecer para os profissionais, seja qual for o motivo, para o paciente e seus familiares, esse é o seu maior problema, o que requer uma intervenção responsável e comprometida com a necessidade da pessoa.

Assim, o paciente não reconhece seus direitos e não questiona as intervenções da equipe e as orientações que recebe, achando sempre que o atendimento é ótimo, não relatando sua opinião. Quando opina, muitas vezes não é ouvido. A falta de atenção por parte dos profissionais foi percebida em estudo realizado, como geradora de sentimentos de raiva e abandono, evidenciando assim, que a equipe demonstra não dar a devida importância para aquilo que o paciente e sua família deveriam saber sobre seu tratamento. Afirma ainda, que a equipe multiprofissional parece não dimensionar muito o fato e a importância desse acontecimento para o paciente⁽¹⁴⁾.

Questão 3: Como está se sentindo ou como se sentiu diante da suspensão da cirurgia?

Sobre a questão 3, sete categorias foram identificadas:

- 1- Sensação de alívio, providência divina e compaixão**
- 2- Ansiedade**
- 3- Preocupação com atividades domésticas e profissionais**
- 4- Preocupação com o quadro clínico e preparo do pré-operatório do paciente**
- 5- Sensação de culpa**
- 6- Organização pessoal e emocional para cirurgia sem resultado**
- 7- Sentimentos conflituosos**

1- Sensação de alívio, providência divina e compaixão

“Aliviada, coloquei a cirurgia na mão de Deus e pedi que se fosse melhor para ele, que desse certo.”(E1)

“A gente ficou normal, tranqüilizado, graças a Deus deu tudo certo! Pelo menos Deus ouviu uma parte, eu não fiquei assustada com a manchinha.”(E6)

Exemplos como estes mostram que os sentimentos de conformismo e impotência expressados pelas falas são reflexos de uma situação de dependência por parte das mães e/ou responsáveis em relação à instituição de saúde, e de esperança que a providência divina possa fazer alguma intervenção. Muitas vezes

com essa atitude, as mães e/ou responsáveis não reconhecem seus direitos, nem buscam soluções para suas angústias, por achar que estão recebendo um favor. Relatos como estes, também são encontrados em um estudo semelhante⁽¹⁴⁾.

“Eu fiquei com dó porque ele tava com pressa, chorando para fazer logo, tava com dor.”(E3)

“Alegria, alívio! Tenho dó, ela é muito pequenininha, não sabe como vai ficar.”(E2)

“Fiquei com pena porque eu queria operar logo, faz um ano e pouco que eu to correndo atrás, desde que ele nasceu com esse problema.”(E4)

Observou-se que ao mesmo tempo em que realizar a cirurgia seria a melhor hipótese, aparecem falas de compaixão por pensar na dor que o paciente está sentido ou irá sentir após a cirurgia.

2- Ansiedade

“Ah, não foi tão agradável porque eu passei o dia todo esperando né, quando fala que vai operar, a gente fica ansiosa né, quer que passe logo para ir embora para casa. É mais um dia esperando, é mais amanhã e fica mais sábado.”(E5)

“Fiquei triste, fiquei triste! A gente estava esperando que quanto mais rápido for feito melhor, só que os médicos não se sentiram seguros em fazer. Da próxima vez, dá certo.”(E14)

Querer que o problema seja resolvido é algo comum nas falas. Ficar aguardando uma nova oportunidade ou um tempo maior, leva a um aumento da sensação de ansiedade. Os familiares relataram que queriam acabar logo com tudo, para voltar à vida normal.

3- Preocupação com atividades domésticas e profissionais

“Não, porque eu entendi né, ele precisava, agora preciso que façam, né. É porque eu trabalho e preciso voltar para o serviço.”(E7)

“Ah, fiquei triste né, mais o fato dela estar com gripe poderia causar outros problemas mais sérios, então, a gente aceita, né. O duro é que eu tenho mais compromissos lá na cidade e deixei tudo pra ficar com ela, mas não tem problema, normal.”(E11)

Observou-se que a grande maioria dos pacientes atendidos no hospital em estudo é de trabalhadores que precisam sustentar a família. Por essa e outras razões, estas mães e/ou responsáveis ficam ansiosos para que o tratamento chegue ao fim, o mais breve possível, para que possam retornar às suas atividades.

Vale ressaltar ainda, que o cancelamento de uma cirurgia, para os profissionais, pode não fazer muita diferença, mas para o paciente e sua família, além das implicações emocionais, também envolve aspectos sociais e suas implicações, como as observadas nas falas acima. As preocupações do paciente e de seus familiares são reais e para eles o mais importante é a resolução do problema.

4- Preocupação com o quadro clínico e preparo do pré-operatório do paciente

“Ah, eu não gostei, porque se vem internar de um dia para o outro, devia fazer pelo menos exames.”(E8)

“Preocupante, porque já que foi suspensa, algo estava errado, algo não estava bem. E foi constatada a pancreatite.”(E15)

Nessas falas, observou-se que há uma preocupação com o quadro clínico do paciente que deveria ser melhor investigado, além de pontuar que a mãe e/ou responsável, com maior nível de escolaridade, questionam e exigem uma assistência com qualidade.

5- Sensação de culpa

“Fiquei nervosa, mas vi que a culpa era minha, porque dei mamã, aí deixei e passou.”(E9)

A falta de orientação/informação e de um *feedback* leva a situações de ansiedade, nervosismo e sensação de culpa. Essa situação não precisaria acontecer se a comunicação entre profissionais e pacientes e/ou responsáveis fosse eficaz.

6- Organização pessoal e emocional para cirurgia sem resultado

“Ah, é duro porque, como eu digo, a gente fica nervosa! Preparou tudo, ela levantou cinco horas da manhã, tomou banho, ficou apreensiva né, de repente falar que não vai fazer, vai ter que fazer tudo de novo! Chegou a dar dor até de cabeça. Estou trincando de dor de cabeça de nervoso. Fico muito nervosa.”(E12)

Para que a cirurgia fosse realizada, os hábitos de vida, a organização pessoal foram modificados naquele dia da cirurgia, uma vez, que essa situação é vista como algo muito importante para o paciente e seus familiares naquele momento. Logo, o fato de cancelar a cirurgia, faz com que toda a preparação e ansiedade, a confiança depositada na equipe de saúde e na instituição por parte de pacientes e familiares acabem sem resultados⁽⁵⁾.

7- Sentimentos conflituosos

“Na hora eu fiquei feliz, mas na mesma hora fiquei triste porque ele veio parar na UTI.”(E10)

“Um pouco de alívio, porque era a primeira vez, mas eu queria que tivesse acontecido para acabar logo, porque daqui três meses vou ter que voltar, então, é uma mistura, mas é isso.(E13)

Essa mistura de sensações leva a pensar em incertezas diante da tomada de decisão pela cirurgia, e também pelo processo ser algo desconhecido. Isso se confunde com o fato de saber que é necessário realizar a cirurgia, ela precisa acontecer o quanto antes.

Questão 4: Qual seria o principal problema para você e/ou seu (sua) filho (a) diante dessa situação de suspensão?

Com a questão 4, duas categorias foram selecionadas:

1- A espera pela remarcação do procedimento cirúrgico

2- Compreensão

1- A espera pela remarcação do procedimento cirúrgico

“Problema vai ser se eu não conseguir operar ele amanhã, aí vai ter que marcar tudo de novo, vai demorar, mas acho que tudo isso né, que vai ser o problema.”(E9)

“Não, a única coisa é que vou ter que retornar de novo pelo mesmo motivo, só isso.”(E11)

Sabendo e entendendo toda a demanda existente e a demora no processo de atendimento, compreendem o problema da suspensão, porém ficam ansiosos pela nova espera do processo cirúrgico.

“Ah, não sei! O fato de ficar aqui mais uma semana, eu tenho um bebê e dá dó de deixar.”(E12)

“Ah, não! Tudo bem, é que eu fiquei nervoso porque eu tava cansado de ficar aqui no hospital.”(E3)

“Não, o único problema é o cansaço né, eu já vim sabendo que poderia acontecer isso, na verdade, eu vim sabendo da gripe, sobre o ultra-som, mas eu vim para não perder a vaga, fazer as pessoas perder o dia.”(E13)

Por ser um hospital-escola, conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), não existem acomodações confortáveis para a instalação dos pacientes e seus acompanhantes, logo, as mães e/ou responsáveis ficam alojados ao lado do leito do paciente, em uma poltrona de descanso. Acabam dividindo o banheiro e outras dependências da unidade com outras dezenas de mães e/ou acompanhantes. Pode-se afirmar, que todo esse processo de hospitalização e espera pela cirurgia é extremamente cansativo. Além da preocupação em deixar, na cidade de origem, uma família, emprego e atividades diversas.

2- Compreensão

“Não, porque é para a segurança dele.”(E14)

“Não, não porque ela está muito bem assistida e eu confio no dr. W.”(E15)

Não relataram problema na questão da compreensão a partir da informação da suspensão da cirurgia, porque tinham confiança na equipe médica.

Mesmo observando as falas de outras categorias, verifica-se a falta de informações concisas e de atenção por parte dos profissionais da saúde, e mesmo assim, os pacientes e seus familiares relatam que acreditam e confiam no trabalho da equipe de saúde.

A troca de informações claras, concisas e objetivas com a família significa compartilhar sem julgar as reações, as idéias e os cuidados da criança e encontrar uma solução conjunta, incorporando as observações dos familiares no plano de cuidados, fortalecendo o vínculo de confiança e segurança com relação ao trabalho da equipe de saúde na assistência ⁽²⁷⁾.

Questão 5: **Gostaria de relatar algo mais?**

Com essa questão foi possível identificar uma categoria:

1- Impaciência diante da falta de informação

“Eu acho que teria que ter mais responsabilidade, né, nessas partes, porque não é a primeira vez que eu quase perco ele, é a segunda vez. Eu acho que a gente deveria conversar com alguém mais responsável por aqui pra poder conversar, porque meu filho podia ter morrido ontem, né.”(E10)

Percebeu-se, neste discurso que a mãe e/ou responsável ficou insatisfeito com a informação dada pelo médico residente. Isso se justifica pelo fato de que a instituição é um hospital-escola, onde muitas atividades desenvolvidas ficam a cargo de residentes, orientados e supervisionados por docentes. Essa situação pode suscitar dúvidas na comunicação, o que leva a um aumento da ansiedade e da preocupação, gerando insatisfação com relação ao atendimento prestado pela instituição.

*7. Considerações
Finais*



Após a análise e discussão dos dados obtidos no estudo, observamos que são várias as implicações e os reflexos da suspensão de cirurgia para o paciente pediátrico, mãe e/ou responsável, bem como a importância de ocorrer comunicação eficaz entre equipe de saúde e pacientes/familiares.

No que tange a estas implicações, os resultados desta pesquisa demonstraram que muitos aspectos cotidianos da vida do indivíduo precisam ser alterados. Aspectos como trabalho, estrutura familiar e estado emocional necessitam de cuidados diferenciados para o momento, pois realizar uma cirurgia não é algo rotineiro na vida dos indivíduos.

Sendo o paciente criança, além do cuidado que se deve ter com relação à fisiopatologia da doença e preparos pré-operatórios, observamos que as mães e/ou responsáveis, também precisavam de cuidados e atenção, pois apresentavam sentimentos de ansiedade e angústia provenientes da espera pelo procedimento cirúrgico e a resolução do problema.

Percebemos que alguns sujeitos da pesquisa identificaram os profissionais de saúde, demonstrando formação de vínculos e reforçando sentimentos de segurança, confiança e credibilidade. Porém em outros casos, não houve identificação do profissional da saúde pelas mães e/ou responsáveis, devido ao pouco vínculo estabelecido em decorrência de rotinas existentes na instituição, com relação ao sistema de agendamento ambulatorial para cirurgias.

Detectamos neste estudo, que as informações fornecidas às mães e/ou familiares são incompletas e superficiais, deixando dúvidas e lacunas na comunicação, além de sentimentos como ansiedade, medo, insegurança e angústia.

Observamos que as mães compreendiam os motivos da suspensão da cirurgia quando estes eram explicados com clareza e transmitidos com segurança por parte da equipe de saúde, o que demonstrava interesse para com o paciente. Também percebemos que sentimentos de solidariedade (para com outros pacientes mais graves) e providência divina permeavam os discursos dos familiares.

Constatamos que, em muitos momentos, a comunicação entre equipe de enfermagem, na pessoa do enfermeiro foi falha, levando à suspensão de cirurgia por falta de orientações que poderiam ser transmitidas durante as visitas pré-operatórias de enfermagem. Acreditamos na efetivação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória⁽²²⁾ como necessária, para que ocorra um vínculo maior da equipe de enfermagem do centro cirúrgico com os pacientes e seus familiares, e mesmo com a equipe de enfermagem da unidade de internação, visando melhoria da assistência, humanização e atendimento das necessidades dos envolvidos. Por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória e dos seus objetivos, muitos medos e ansiedades podem ser diminuídos, com orientações esclarecedoras e trocas de experiências realizadas.

Observamos que a suspensão da cirurgia da criança, neste estudo, gerava aumento da ansiedade das mães e/ou responsáveis, quando se viam destinados a permanecer por mais tempo no hospital, vendo a criança passar por procedimentos pré-cirúrgicos novamente.

Além dos sentimentos gerados pela maior permanência no hospital, como compaixão, alívio e culpa pela suspensão da cirurgia, os resultados do estudo demonstraram a falta da comunicação eficaz da equipe de saúde para com as mães e/ou responsáveis que, por desconhecerem as fases do processo perioperatório, julgavam a suspensão como algo benéfico naquele momento.

Acreditamos como necessária a presença do enfermeiro no momento da notícia da suspensão de cirurgia, especialmente para a faixa etária em estudo, pelo fato das crianças serem representadas por adultos e por terem características fisiológicas peculiares.

Foi percebido que a ocorrência de suspensão de cirurgias pediátricas parece ser algo rotineiro para os profissionais da saúde que não dimensionam os reflexos gerados nos pacientes, familiares e para a instituição.

Com relação aos custos e gastos hospitalares gerados pela suspensão de cirurgias, observamos que a taxa de suspensão de cirurgias pediátricas é alta, ocasionando desperdício de material esterilizado, retrabalho de pessoal especializado envolvido, tanto no preparo da sala de cirurgia quanto no processo de esterilização, além da perda de oportunidade de inclusão de outro paciente, num local onde a demanda é grande e os horários cirúrgicos são poucos. Os principais motivos de suspensão de cirurgias pediátricas encontrados foram: a não internação do paciente e alteração no quadro clínico do paciente. Com relação a não internação, novos estudos poderiam ser realizados para entendermos melhor essa questão, e elaborar estratégias para solucionar o problema, como por exemplo a criação de um sistema de *feedback* no qual uma central faria contato com o paciente e/ou responsável para saber o que realmente aconteceu para que ele não comparecesse à internação. E com relação à alteração no quadro clínico, sugerimos que o paciente seja encaminhado à visita pré-anestésica ambulatorial, em uma data próxima a da realização do procedimento cirúrgico, evitando assim, a internação do paciente sem condições clínicas de passar por procedimento cirúrgico naquele momento.

Diante do exposto, considera-se oportuno destacar nossa percepção da invisibilidade do enfermeiro em momentos importantes do período perioperatório de pacientes pediátricos, especialmente diante da suspensão de uma cirurgia, demonstrando a falta de posicionamento e alienação junto às reais necessidades daquele momento. Acreditamos na comunicação interpessoal por meio de informações e orientações como parte inerente ao cuidado, precisando ser evidenciada de forma coerente nas atividades cotidianas dos enfermeiros sendo assim reconhecida pelos pacientes e seus familiares e pela equipe de saúde.

8. Referências



-
- 1 Tesck ECB. Um aspecto da responsabilidade da enfermeira na assistência integral ao paciente hospitalizado – a participação de familiares. *Enferm Novas Dimens.* 1976; 1(6): 351-3.
 - 2 Spiri WC, Garcia MA. Suspensão de cirurgias eletivas em um hospital-escola. *Rev SOBECC.* 2007; 12(4):15-9.
 - 3 Santos SSC, Luis MAV. A relação da enfermeira com o paciente cirúrgico. Goiânia: ed AB; 1999. cap. 5, p. 39-81.
 - 4 Brustcher SM, Zen OP. Humanização: enfermeira de centro cirúrgico e o paciente de cirurgia. *Enfoque.* 1986; 14(1): 4-6.
 - 5 Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: estudo exploratório. *Rev Latinoam Enferm.* 2000; 8(4): 59-65.
 - 6 Smeltzer CS, Bare BG. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico.* 9 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. p.306-8.
 - 7 Bianchi ER. Estudo exploratório sobre suspensão de cirurgia [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1983.
 - 8 Carvalho R, Araya MDA. Uma experiência de assistência humanizada ao paciente submetido à cirurgia cardíaca. *Rev Paul Enferm.* 1991; (Jun/ed esp): 115.
-

-
- 9 Câmio AM, Cintra FA, Tonussi JA. Orientações pré-operatórias a pacientes com catarata e indicações de cirurgia ambulatorial: relato de experiência. Rev Bras Enferm. 1995; 48(1): 39-45.
 - 10 Beland I, Passos J. Enfermagem Clínica. São Paulo: EPU/EDUSP; 1978. v.1.
 - 11 Lemaitre GO, Finnegan JA. Enfermeria quirúrgica. 2 ed. México: Interamericana; 1973.
 - 12 Paschoal, MLH, Gatto, MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. Rev Latinoam Enferm. 2006; 14(1): 48-53.
 - 13 Marques JC. A ansiedade como fator de ajustamento pessoal. Boletim. 1968; 5: 5-20.
 - 14 Antonio OS, Munari DB, Costa HC. Fatores geradores de sentimentos do paciente frente ao cancelamento de cirurgias. Rev Bras Enferm. 2002; 4(1): 33-9.
 - 15 Silva MDAA, Rodrigues AL, Cesaretti IUR. Enfermagem na unidade de centro cirúrgico: o ambiente de centro cirúrgico. 2 ed. São Paulo: EPU; 1997.
 - 16 Santini S. Cuidados e/ou conforto: um paradigma para a enfermagem desenvolvido segundo o costume dos filósofos. Texto & Contexto Enferm. 1998; 7(2): 111-32.
-

-
- 17 Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(1): 113-9.
 - 18 Vieira MJ. Causas e conseqüências da suspensão de cirurgias programadas em uma cidade do nordeste do país [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1982.
 - 19 Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Cancelamento cirúrgico em um hospital-escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. Rev Latinoam Enferm. 2007; 15(5): 1018-24.
 - 20 Huerta EPN. Preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos e intervenções de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1996; 30(2): 340-53.
 - 21 Fontes MC. O trauma cirúrgico: importância da orientação pré-operatória. Rev Bras Enferm. 1980; 33:194-200.
 - 22 Cianciarulo, TI. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 2 ed. São Paulo: Ícone Editora; 2001. p.201-19.
 - 23 Miranda CF. Atendendo o paciente. Belo Horizonte: Crescer; 1996. 257p.
 - 24 Guido LA. Aspectos éticos da assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico e na sala de recuperação anestésica – reflexões. In: Anais do II Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico; São Paulo; 1985. p. 107.
-

-
- 25 Brasil. Lei n. 8069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 16 jul 1990.
 - 26 Kristjánsdóttir G. Perceived importance of needs expressed by parents of hospitalized 2 to 6 year-olds. Scand J Caring Sci. 1995; 9(2): 95-103.
 - 27 Sabatés AL, Borba RIH. AS informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. Ver Latinoam Enferm. 2005; 13(6): 968-73.
 - 28 Silva MJP. A comunicação tem remédio – a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4 ed. São Paulo: Loyola; 2006.
 - 29 Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri: São Paulo: Manole; 2005. Série Enfermagem.
 - 30 Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Tradução A. Cabral. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
 - 31 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
 - 32 Bardin L. Análise de Conteúdo. Traduzido por Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 1977.
-

-
- 33 Yokota O. A problemática cancelamento de cirurgia conforme a expressão pelos pacientes: um estudo exploratório em Hospital-escola do norte do Paraná [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1983.
- 34 Fahl LG. Dando visibilidade à atuação do enfermeiro pela Internet: um estudo de sua influência sobre as representações sociais do adolescente [Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
- 35 James SR. Reactions of the child and family to hospitalization. In: Mott S, James SR, Sperhac AM. Nursing care of children and families. 2 ed. California: Addison-Wesley Nursing; 1990.
- 36 Veríssimo MOR. A experiência de Hospitalização explicada pela própria criança. Rev Esc Enferm. USP. 1991; 25(2): 153-168.
- 37 Silva WV, Nakata S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. Rev Bras Enferm. 2005; 58(6): 673-6.
- 38 Feldman C. Construindo a relação profissional de saúde-paciente. In: Mezzomo AA. Fundamentos da humanização hospitalar: uma versão multiprofissional. Santos (SP): Loyola; 2003.
-

9. Anexos



Anexo I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 05 de março de 2.007

OF. 28/2007-CEP

*Ilustríssima Senhora
Prof.ª Dr.ª Eliana Mara Braga
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu*

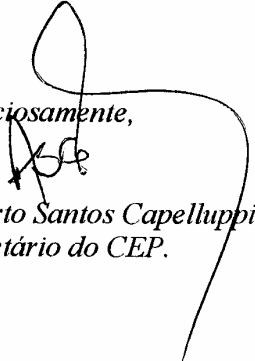
Prezada Dr.ª Eliana,

De ordem da Senhora Vice-Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa “Estudo qualitativo sobre suspensão de cirurgias pediátricas em um hospital escola do Interior de São Paulo - Motivos e conseqüências”, a ser conduzido por Amanda Creste Martins da Costa Ribeiro Risso, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 05/03/2007.

Situação do Projeto: APROVADO.

OBS: Ao final da execução deste projeto, deverá ser apresentado ao CEP “Relatório Final de Atividades”.

Atenciosamente,


*Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.*

Anexo II – IMPRESSO DE SUSPENSÃO DE CIRURGIA

Colar etiqueta identificação do paciente

Data da cirurgia: _____

Horário entrada CC: _____

Horário entrada na SO: _____

Disciplina: _____

Horário de suspensão: _____ Horário saída da SO: _____

Motivo da suspensão: _____

Quem suspendeu: _____

Paciente recebeu medicação pré-anestésica? ()sim ()não

Tempo de espera (ociosidade da SO): _____

Outras ocorrências durante o tempo de espera: _____

Paciente encaminhado para: ()SRA () Unidade de Internação

Horário de Saída da SRA ou CC: _____

Anexo III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM TRABALHO CIENTÍFICO

Pesquisa: “Estudo qualitativo sobre suspensão de cirurgias pediátricas em um hospital-escola do interior do Estado de São Paulo.”

O objetivo da presente pesquisa é identificar os principais motivos e os reflexos da suspensão de cirurgias pediátricas na Seção Técnica de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Solicito seu consentimento para participar de entrevista, respondendo perguntas sobre os sentimentos envolvidos ao passar pelo processo de suspensão de cirurgia. As entrevistas serão gravadas em fita cassete e, posteriormente, transcritas e destruídas. Suas informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora, que manterá sigilo sobre sua identidade. A pesquisadora estará disponível para responder quaisquer perguntas e você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento.

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa “Estudo qualitativo sobre suspensão de cirurgias pediátricas em um hospital-escola do interior do Estado de São Paulo” sob responsabilidade de Amanda Creste Martins da Costa Ribeiro Risso, Enfermeira Supervisora Técnica da Seção de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, orientada pela Prof^a. Dra. Eliana Mara Braga, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, declaro que concordo participar da mesma, respondendo as perguntas apresentadas em entrevista.

Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com a pesquisadora pelo telefone: (14) 3882-8075.

Botucatu, _____ de _____ de 2007.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do entrevistado

Endereço e telefone da pesquisadora:

Endereço e telefone do orientador (a):

Anexo IV – ROTEIRO DE ENTREVISTA PÓS-SUSPENSÃO DE CIRURGIA

1. Grau de Parentesco do Paciente.
2. Desde quando está internado?
3. É a primeira vez que faz cirurgia?
4. É a primeira vez que está sendo suspensa a cirurgia?
5. Quem informou/orientou sobre a suspensão da cirurgia de seu (sua) filho (a)?
6. Recebeu algum tipo de informação/orientação sobre a suspensão de sua cirurgia ou da cirurgia de seu (sua) filho (a)?
7. Como está se sentindo diante dessa situação de suspensão de cirurgia?
8. Qual seria o principal problema para você e/ou seu (sua) filho (a) diante dessa situação de suspensão de cirurgia?
9. Gostaria de relatar algo mais?

Colar etiqueta identificação do paciente
