



Artigo Original
ASSISTÊNCIA

ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM: UMA ESTRATÉGIA PARA MINIMIZAR A ANSIEDADE E EVENTUAIS INTERCORRÊNCIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Nursing Orientation: a Strategy to Minimize the Anxiety and Fortuitous Variations Immediate to the Discharge from Hospital of Patients that Were Undergone to Mastectomy Operation

Orientación de Enfermería: una Estrategia para Minimizar la Ansiedad y Eventuales Problemas Inmediatos al Alta Hospitalario de Pacientes Mastectomizadas

Silvana Policastro • Aparecida de Cassia Giani Peniche

Resumo – Este estudo teve o objetivo de verificar o estado de ansiedade de mulheres no momento da admissão para a realização de mastectomia, na alta e no primeiro retorno hospitalar, assim como de identificar as intercorrências apresentadas pelas pacientes no período compreendido entre a alta e o retorno programado e de conhecer a relação da ansiedade no momento de deixar o hospital com as eventuais irregularidades. As pacientes foram distribuídas em dois grupos: as 30 admissões ímpares pertenceram ao grupo controle e as 30 admissões pares, ao grupo experimental. A coleta de dados demandou a utilização de três formulários: o nº 1, com os dados pessoais, na primeira parte, e a Escala de Estado de Ansiedade de Spielberger (1977), na segunda parte; o nº 2, contendo orientações de alta e novamente a escala de ansiedade; e o nº 3, composto de quatro questões – três de simples escolha e uma aberta – para identificar as variações e as manifestações de sinais e sintomas de ansiedade. Os resultados obtidos indicaram que ambos os grupos possuíam nível de ansiedade médio na admissão e baixo na alta e no primeiro

retorno hospitalar. Quanto às intercorrências, somente sete pacientes relataram dor e tensão muscular.

Palavras-chave – mastectomia radical; ansiedade; orientação de Enfermagem; período perioperatório.

Abstract – This purpose it measure the anxiety condition of patients from experimental and control group in the admission moment, in the discharge from hospital and in the first return to the hospital and to verify the relation of the nursing orientation to the patients after discharge from hospital, in the immediate post-operative of mastectomy of cancer. For this purpose it was measure the anxiety condition of patients from experimental and control group in the admission moment, in the discharge from hospital and in the first programmed return to the hospital. The results obtained for the groups indicated that both of them have a medium level of anxiety in the admission and low level of anxiety in the discharge from hospital and in the first return to the hospital only 7 patient show pain and muscle tension.

Key words – mastectomy; anxiety; Nursing orientation; period perioperative.

Resumen – Este estudio tubo como objetivos: verificar el estado de ansiedad de las pacientes en el momento del ingreso, en el alta y primer retorno hospitalario; identificar las eventuales problemas presentadas por las pacientes en el periodo entre la alta y su primer retorno; verificar la relación de la ansiedad con los problemas identificados. Para tanto, se medió el estado de ansiedad de las pacientes de dos grupos Control (30 pacientes con número de registro de ingreso impar) y Experimental (30 con número par), en el momento del ingreso, alta y primer retorno hospitalario. Se utilizó tres formularios. Formulario 1: constituido de dos partes, siendo en la primera (parte I), los datos personales y en la segunda (parte II), la Escala de Ansiedad de Spielberg (1977); formulario 2: con orientaciones de alta y la escala de ansiedad; y en formulario 3: compuesto de 4 preguntas (3 cerradas y una abierta) que identificaron las problemas y manifestaciones de signos y síntomas

de ansiedad. Los resultados obtenidos indicaron que, ambos grupos poseen mediano y bajo niveles de ansiedad en el ingreso, en la alta y en el primer retorno hospitalario y los eventuales problemas presentadas por las 7 pacientes foram dolor y tension muscular.

Palabras clave – mastectomía radical; ansiedad; planeamiento de alta; orientación de Enfermería; periodo perioperatório.

INTRODUÇÃO

Durante séculos, a cirurgia foi o único método de tratamento oferecido aos portadores de câncer e, ainda hoje, é o principal meio de tratamento para a maioria dos pacientes curáveis⁽¹⁾, sendo utilizada, em combinação com outras terapias, com a intenção de curar essas pessoas ou de fornecer-lhes melhor qualidade de vida.

Acredita-se que de 60% a 90% dos indivíduos com câncer sejam submetidos a um procedimento cirúrgico no decorrer do período da doença, seja para diagnóstico, seja para tratamento, seja para alívio de complicações⁽²⁾.

Dos diversos tipos de câncer, atualmente o de mama é tido como o tumor de ocorrência mais freqüente na mulher brasileira e também como o responsável pela maior taxa de mortalidade no sexo feminino⁽³⁾.

Para a grande maioria das portadoras de neoplasias mamárias, o tratamento cirúrgico continua sendo a terapia de escolha, o que afeta profundamente suas dimensões biopsicossociais e espirituais, uma vez que resulta na mutilação da mama⁽⁴⁾.

Ferrans⁽⁵⁾ afirma que o diagnóstico e o subsequente tratamento desse câncer são seguidos por uma série de seqüelas físicas, sociais e psicológicas, que

ocorrem devido ao efeito devastador da mastectomia.

Para Caliri⁽⁶⁾, as experiências das mulheres no enfrentamento do câncer de mama podem ser comparadas com a situação de “estar em uma guerra com várias batalhas a vencer”. A autora cita ainda que tais vivências se dão em diferentes estágios, pontuados por desequilíbrios e incertezas ocasionadas principalmente pelas concepções a respeito do câncer e de seu significado de terminalidade.

Segundo Ballone, Neto, Ortolani⁽⁷⁾, a resposta emocional diante do diagnóstico de câncer se intensifica com o tempo. Num primeiro momento, é considerada fisiologicamente normal, com o aparecimento de sintomas depressivos que, depois, se potencializam, resultando em confusão emocional, na qual a pessoa experimenta transtornos do sono e do apetite, ironias, críticas amargas, medo do futuro e ansiedad.

A origem etimológica da palavra ansiedad vem do grego *anshein*, cujo significado é estrangular, oprimir e sufocar. Esse sentimento foi realçado na psiquiatria por Freud, sendo considerado uma reação normal ao estresse e ao medo. A partir de então, tornou-se um fenômeno tão universal que todas as pessoas, em alguma ocasião, já puderam vivenciá-lo.

Quando se fala de estresse e de ansiedad, não se pode deixar de citar Lazarus e Folkman⁽⁸⁾, que foram além do modelo bioquímico estabelecido por Selye⁽⁹⁾. Esses autores, embasados na teoria cognitiva, ampliaram o conceito de estresse e apresentaram a cognição como um mediador da intensidade das respostas aos estímulos. Dessa forma, ficou evidente que o ser humano não é apenas um ser biológico e que, portanto, está distante de obedecer a um padrão de resposta.

De acordo com Spielberg⁽¹⁰⁾, se um estímulo interno ou externo ao sujeito for interpretado como perigoso ou ameaçador, desencadeará uma reação emocional caracterizada como um estado de ansiedad. O autor estabeleceu uma diferenciação da ansiedad em dois conceitos, isto é, ansiedad-traço e ansiedad-estado, a primeira referindo-se a uma característica pessoal do indivíduo, que permanece latente até que algo a ative, e a segunda como um momento emocional transitório.

Aproximando esses conceitos do câncer, Kushner⁽¹¹⁾ avalia as atitudes psicológicas pós-mastectomia como complicadas, uma vez que não há um problema psicológico isolado, mas estágios separados de ansiedad e medo que se iniciam quando o nódulo é encontrado e se estendem até o momento da alta e do retorno à rotina⁽⁹⁾.

Apesar de todo o desconforto provocado pela ansiedad, convém ressaltar a necessidade de sua existência para a sobrevivência da espécie humana, pois é por meio dela que as pessoas têm a resposta de lutar ou fugir das situações reais ou imaginárias que experimentam. Dessa maneira, espera-se que o indivíduo possa utilizar a ansiedad de forma positiva, isto é, que a tenha como aliada para enfrentar as batalhas.

É evidente que há uma relação entre a subjetividade e o estado de ansiedad, assim como existe a possibilidade de alguém atuar nessa relação. E o enfermeiro é o profissional que assiste diretamente o paciente e com ele permanece 24 horas no período de hospitalização. Por essa razão, acredita-se que esse vínculo favoreça o contato com o indivíduo operado de câncer e, conseqüentemente, o reconhecimento das alterações emocionais. Pela percepção que tem da situação, portanto, o profissional de Enfermagem pode atuar na instabili-



Artigo Original ASSISTÊNCIA

dade emocional identificada. Na prática, o fornecimento de informações e orientações individuais no momento da alta parece ser uma das estratégias eficientes para auxiliar a recuperação, em conjunto com a capacidade de enfrentamento do próprio paciente.

Nesse sentido, tão importante quanto fornecer informações relativas a curativos e medicações prescritas é procurar explorar, com o paciente e seus familiares, seus medos e incertezas, colocando-se à disposição como ouvinte. No entanto, é fundamental ter clareza de que, apesar de os detalhes pertinentes serem transmitidos no momento da alta, existe a possibilidade de ocorrerem intercorrências, que podem estar associadas a múltiplas causas, a exemplo da dificuldade do paciente de compreender as orientações da Enfermagem, particularmente em virtude de um estado de ansiedade alterado.

Assim, o enfermeiro deve estar preparado para reconhecer as necessidades do paciente e nelas intervir, dando-lhe suporte para que ele pontue aquilo que considera problema, na hora da alta, de forma que a ansiedade do momento seja amenizada.

Levando em conta as idéias apresentadas, a presente pesquisa foi desenvolvida com os seguintes objetivos:

- verificar o estado de ansiedade de mulheres submetidas à mastectomia no momento da internação, na alta e no retorno hospitalar;
- identificar as eventuais intercorrências apresentadas pelas pacientes no período compreendido entre a alta e o primeiro retorno hospitalar;
- conhecer a relação da ansiedade, no

momento da alta, com as irregularidades identificadas.

MATERIAL E MÉTODO

Realizamos este estudo em um Centro de Tratamento e Pesquisa do Estado de São Paulo, tendo contado com a aceitação de sua comissão de ética (parecer 309/01). Nessa instituição, a prestação da assistência de Enfermagem fundamenta-se na Teoria de Orem (1985), que possui, como foco principal, a participação do paciente no tratamento em benefício da manutenção de seu bem-estar, saúde e vida.

A amostra compreendeu 60 mulheres atendidas no referido hospital em um período de quatro meses. Todas elas eram portadoras de tumor mamário e preencheram os seguintes critérios de inclusão: ter câncer diagnosticado em uma ou nas duas mamas; estar na iminência de mastectomia radical; possuir idade entre 35 e 65 anos; ser alfabetizada; não fazer uso contínuo de drogas antidepressivas ou ansiolíticas; permitir o acompanhamento da pesquisadora desde sua internação na instituição; aceitar participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento informado; e, finalmente, ter um intervalo maior que uma hora entre a admissão na unidade de internação e o encaminhamento ao Centro Cirúrgico.

As mulheres foram distribuídas aleatoriamente em dois grupos, um de controle e um experimental. Para a distribuição, alocamos a primeira paciente (ímpar) no grupo controle e a segunda (par) no grupo experimental e assim sucessivamente, até completar toda a amostra. No total, cada grupo ficou com 30 participantes.

Para a coleta de dados, utilizamos três

formulários: o n° 1, com os dados pessoais, na primeira parte, e a Escala de Estado de Ansiedade de Spielberger (1977), na segunda parte; o n° 2, contendo orientações de alta e novamente a escala de ansiedade; e o n° 3, composto de quatro questões – três de simples escolha e uma aberta – para identificar as eventuais intercorrências e as manifestações de sinais e sintomas de ansiedade.

Para que as orientações de alta fornecidas às pacientes pertencentes aos dois grupos fossem as mesmas, criamos ainda um roteiro com o conteúdo a ser abordado na hora da alta.

Assim, imediatamente após o ingresso de cada mulher em uma das unidades de internação da instituição e análise de seu prontuário, explicávamos a natureza do estudo e entregávamos o formulário 1 para preenchimento. No momento da alta hospitalar, aplicávamos novamente a escala de Spielberger e, em seguida, o formulário 2.

Para o grupo controle, fornecíamos as orientações de alta contidas no roteiro e, em seguida, liberávamos as pacientes. Para o grupo experimental, antes do fornecimento das orientações, solicitávamos às pacientes que pontuassem suas dúvidas e incertezas, que eram, então, esclarecidas.

Por fim, no primeiro retorno hospitalar programado, as participantes dos dois grupos preencheram novamente a escala referente ao estado de ansiedade e igualmente o formulário 3.

Para a análise de dados, utilizamos as provas do qui-quadrado (X^2), a prova exata de Fisher e o teste de Mann-Whitney. O nível de significância empregado foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

As pacientes do grupo controle possuíam idade média de 49,93 anos e as do grupo experimental, de 51,73 anos, não tendo havido diferenças estatísticas entre os grupos ($p = 0,4610$).

No que se refere à situação conjugal, os grupos comportaram-se numericamente de forma idêntica: quatro (13,33%) mulheres solteiras, 17 (56,67%) casadas, cinco (16,67%) viúvas e quatro (13,33%) separadas, sem diferenças estatisticamente significantes ($p = 0,364$).

Na classificação segundo o grau de instrução, encontramos, na totalidade da amostra, 13 (21,7%) pacientes com o primário, 12 (20%) com o primeiro grau, 14 (23,3%) com o segundo grau e 21 (35%) com nível superior. No grupo controle, existiam seis (20%) pacientes com o primário, cinco (16,67%) com o primeiro grau, oito (26,67%) com o segundo grau e 11 (36,67%) com nível superior. Já no grupo experimental, havia sete (23,33%) pacientes com o primário, sete (23,33%) com o primeiro grau, seis (20%) com o segundo grau e dez (33,33%) com nível superior. Nesse aspecto, os dois grupos igualmente não diferiram entre si do ponto de vista estatístico ($p = 0,863$). O fato é que obtivemos uma amostra homogênea no que se refere às variáveis idade, situação conjugal e grau de instrução.

Apesar de os testes estatísticos realizados não indicarem correlação entre grau de instrução e incidência de câncer de mama, notamos, entre as pacientes estudadas, um número maior (35%) de mulheres com nível superior de instrução. Essa constatação pode se associar a uma alimentação rica em gorduras e também à gravidez tardia, adiada em razão dos planos profissionais⁽¹²⁾.

Na análise descritiva da amostra, observamos grande variedade de ocupação nos dois grupos, porém com destaque para as aposentadas, que totalizaram oito pacientes (13,3%), e do lar, com 25 (41,7%).

Constatamos que dez (41,7%) das mulheres estudadas, além de serem portadoras de câncer de mama, eram hipertensas. Além disso, em sete (11,6%) delas havia a associação de uma segunda patologia, sendo a hipertensão a mais freqüente novamente.

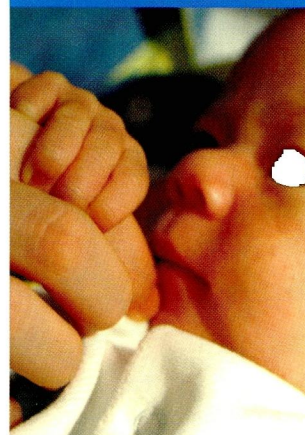
De fato, a hipertensão é altamente prevalente em nosso meio – estima-se que de 10% a 20% da população adulta maior de 18 anos tenha a doença⁽¹³⁾. A liberação excessiva e prolongada de substâncias como catecolaminas e corticosteróides, devida ao estresse, provoca alterações cardíacas refletidas como arritmias e ansiedade, entre outras⁽⁷⁾.

Neste estudo, para a classificação de ansiedade em nível baixo, médio ou alto, partimos dos escores obtidos na Escala de Estado de Ansiedade de Spielberger, na qual os valores entre 20 e 40 correspondem a uma baixa ansiedade, entre 40 e 60, a uma média ansiedade, e entre 60 e 80, a uma alta ansiedade⁽¹⁴⁾.

Observamos que a amostra apresentou médio nível de ansiedade na admissão (42,7 no grupo controle e 43,5 no experimental) e baixo nível tanto na alta (37,6 no controle e 38,7 no experimental) quanto no retorno hospitalar (36,3 no controle e 39,6 no experimental).

O patamar de ansiedade manteve-se homogêneo ($p = 0,4483$) ao longo das avaliações realizadas em ambos os grupos estudados.

Nossa especialidade
é preservar
vidas.



Instrumentos
Cirúrgicos e
Endoscópicos
de **precisão
absoluta.**



STEMA
Medizintechnik GmbH

Distribuidor exclusivo no Brasil
Tecnologia Alemã

www.tudoparacirurgia.com.br

Os
telefones
de contato
mudaram

Tronco
(11) 6271 3900
Fax
(11) 6271 3901
Vendas
(11) 6271 3902

Rua Álvaro Fragoso, 378
Ipiranga • CEP 04223.000
São Paulo • SP • Brasil
www.erwinguth.com.br
vendas@erwinguth.com.br
export@erwinguth.com.br



Artigo Original
ASSISTÊNCIA

As informações obtidas no retorno hospitalar por meio das respostas às perguntas do formulário 3 mostraram que apenas quatro (13,33%) pacientes do grupo controle referiram haver apresentado algum problema no período compreendido entre a saída do hospital e o retorno programado ao serviço, ao contrário das demais 26 (86,67%), que não relataram a ocorrência de transtornos nesse intervalo. No mesmo período, apenas três (10%) pacientes do grupo experimental consideraram ter tido dificuldades, enquanto 27 (90%) desconsideraram tal hipótese.

Acreditamos que a pouca consideração de problemas referida pelos dois grupos pudesse resultar da ansiedade denominada inconsciente por Spielberger. Assim sendo, como um recurso de investigação indireta de eventuais transtornos, utilizamos o levantamento de alguns sinais e sintomas indicativos dessa ansiedade e associados a ela. Os mais freqüentes foram tensão muscular e dor.

Na prática, os dois grupos se manifestaram de maneira similar. Notamos que, conforme menção acima, apesar de apenas sete pacientes haverem admitido alguma intercorrência entre a alta e o retorno hospitalar, 32 (16 de cada grupo) discorreram sobre algo que julgaram ter sido um problema quando responderam à pergunta aberta do formulário 3.

Esse fato sugere que a manifestação negativa sobre a apresentação de problema possa fazer parte de uma estratégia de enfrentamento de tais mulheres, segundo a qual respostas ambíguas são atribuídas à ansiedade inconsciente relatada por Spielberger. Da mesma forma, faz supor que as pacientes, inconscientemente, não forneceram informações precisas porque tinham receio de exercer influência negativa na continuação de seu tratamento ou porque acreditavam que estariam demonstrando sinais de fraqueza perante a situação, o que as enfraqueceria emocionalmente, dificultando o autocuidado.

Quando, porém, foram indagadas se sabiam da possibilidade de apresentação dos eventuais problemas experimentados entre a alta e o retorno, 17 (60,71%) pacientes do grupo controle e 20 (68,97%) do grupo experimental disseram ter conhecimento de que poderiam apresentá-los. Esses números reforçam a contradição mencionada.

Acreditamos que outros aspectos, além da ansiedade inconsciente, como o próprio processo cognitivo, não obedecem a um padrão mínimo de resposta. É evidente que não só os fatores internos contribuíram com essa complexa reação de avaliação, mas igualmente os externos, que se expressam de forma importante no substrato psíquico de cada um. Não se pode desconsiderar que a assistência de Enfermagem prestada na instituição estudada, pautada por uma teoria que prioriza o autocuidado, tenha tido uma influência positiva e marcante nos resultados obtidos.

Levando em conta que o ser humano se comporta de modo próprio perante as situações com as quais se depara e que, embora muitas vezes acreditemos que as respostas sigam um padrão comportamental, percebemos que cada pessoa, diante de um mesmo evento, é absolutamente imprevisível. Em associação com os fatores externos, as crenças individuais, os valores e a bagagem pessoal fundamentam sua conduta e direcionam seu comportamento em face de um determinado fato.

CONCLUSÕES

As pacientes do grupo experimental e do grupo controle apresentaram, na admissão hospitalar, médio nível de ansiedade e, na alta e no primeiro retorno, baixo nível de ansiedade. Apenas sete mulheres relataram ter tido dor e tensão muscular no período compreendido entre a alta e a volta ao hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sherman CD, Gill PG. Princípios cirúrgicos. In: Manual de oncologia clínica. 6ª ed. São Paulo: Springer-Verlag; 1999. P. 163-78.
2. Polomano K, Weintkaub FN, Wurster A. Surgical critical care for cancer patients. *Semin Oncol Nurs* 1994; 10(3):165-76.
3. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2000.
4. Davim RMB, Torres GV, Cabral MLN, Lima VM, Souza MA. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. *Rev Latino-Am Enferm* 2003; 11(1):21-7.
5. Ferrans CE. Quality of life through the eyes of survivors of breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1994; 21(10):1645-51.
6. Caliri MHL. Câncer de mama: a experiência de um grupo de mulheres. *Rev. Bras. Cancerol* 1998; 44(3):239-47.
7. Ballone GJ, Neto EP, Ortolani, IV. Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática. São Paulo: Manole; 2002.

Anexo A

8. Lazarus RS, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer; 1984. Cognitive appraisal process; p. 22-54.

9. Selye H. Stress, tensão da vida. 2ª ed. São Paulo: Ibrasa; 1959.

10. Spielberger CD. Tensão e ansiedade. São Paulo: Harper&Row do Brasil; 1981.

11. Kushner R. Por que eu? São Paulo: Summus; 1977.

12. Henriques MERM. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres mastectomizadas. Nursing (São Paulo) 2000; 3(24):24-9.

13. Pierin AMG. Medida da pressão arterial e a hipertensão do avental branco. [Livre-docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.

14. Chaves EC. Estresse e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e na tolerância ao turno noturno. [Tese]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1994.

AUTORIA

Silvana Policastro

Enfermeira mestre pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

Aparecida de Cassia Giani Peniche

Professora associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP.

Endereço para correspondência:

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo, SP
CEP: 05403-000

Formulário 1

Parte I

Número do questionário:

Idade:

Ocupação:

Grau de instrução:

Situação conjugal:

Patologias associadas:

Parte II

Escala A – Estado de ansiedade

A seguir, apresentamos algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma e faça um X na coluna correspondente à resposta que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente responder com a alternativa que mais se aproxima de como se sente no presente momento.

		Não	Um pouco	Bastante	Totalmente
01	Sinto-me calmo				
02	Sinto-me seguro				
03	Estou tenso				
04	Estou arrependido				
05	Sinto-me à vontade				
06	Sinto-me perturbado				
07	Estou preocupado com possíveis infortúnios				
08	Sinto-me descansado				
09	Sinto-me ansioso				
10	Sinto-me "em casa"				
11	Sinto-me confiante				
12	Sinto-me nervoso				
13	Estou agitado				
14	Sinto-me uma "pilha de nervos"				
15	Estou descontraído				
16	Sinto-me satisfeito				
17	Estou preocupado				
18	Sinto-me superexcitado e confuso				
19	Sinto-me alegre				
20	Sinto-me bem				



Artigo Original
ASSISTÊNCIA

Anexo B

Formulário 2

Orientações fornecidas

Número do questionário: _____

Quais os itens abordados com a paciente no momento da alta hospitalar?

Itens abordados	Orientações fornecidas
Cuidados com curativo(s)	
Cuidados com dreno(s)	
Cuidados de higiene	
Atividades básicas de vida diária	
Atividades físicas	
Posicionamento de MMSS	
Medicações	
Retorno hospitalar	
Procedimento em intercorrências	

Anexo C

Formulário 3

Considerando o período compreendido entre sua saída do hospital e este primeiro retorno, responda às perguntas abaixo:

1 - Você considera ter apresentado algum tipo de problema?

() Sim () Não

2 - Caso tenha apresentado algum(ns) dos sintomas abaixo, marque-o(s) com um X:

- | | |
|---------------------|----------------------|
| () Tensão muscular | () Suor excessivo |
| () Diarréia | () Boca seca |
| () Taquicardia | () Falta de apetite |
| () Falta de ar | () Insônia |
| () Dor | () Medo |

3 - Você tinha conhecimento de que poderia apresentar o(s) problema(s) acima referido(s)?

() Sim () Não

4 - Que problema(s) apresentou? Escreva da forma mais detalhada possível.

.....

5 - Na ocasião da alta, você recebeu informações de como proceder, caso apresentasse algo que considerasse um problema?

() Sim () Não

Tecil

Controle e Testes - Divisão da Baumer S.A.

Soluções em Biossegurança

Monitoração Biológica:
Indicadores biológicos, vapor, ETO e calor seco.

Monitoração Química:
Integradores, indicadores químicos e Bowie & Dick.

Embalagens:
Papel grau cirúrgico (bobinas e envelopes) e papel crepado.

Acessórios:
Incubadoras, seladoras e suportes.

Serviços:
Presença em todo território nacional e validação no controle de esterilização.



Indicador Biológico Auto-Contido



Bobinas e Envelopes



Integrador Vapor

STIC Controle de Contaminação e Sistemas Térmicos

presente em 42 países

