

SOBECC

SOCIEDADE BRASILEIRA
DE ENFERMEIROS
DE CENTRO CIRÚRGICO,
RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
E CENTRO DE MATERIAL
E ESTERILIZAÇÃO

NACIONAL – SP

Que nossos laços estejam ainda
mais fortalecidos em 2007.

Boas festas!



ASSISTÊNCIA

Pesquisa compara o estresse em duas situações: na vida diária e na iminência de um ato cirúrgico

Orientações de Enfermagem podem reduzir a ansiedade de mulheres submetidas à mastectomia radical

GESTÃO

Conheça a opinião de uma equipe de Centro de Material e Esterilização sobre sua atuação dentro da estrutura hospitalar

ANALGESIA

Estudo mostra que a dor no pós-operatório ainda é tratada de modo inadequado

E MAIS:

Prepare-se para o
8º Congresso da SOBECC

DIRETORIA DA SOBECC

• **Presidente Licenciada:** Rosa Maria Pelegrini Fonseca • **Presidente em Exercício:** Lígia Garrido Calicchio • **Primeira-Secretária:** Marcia Hitomi Takeiti • **Segunda-Secretária:** Tânia Regina Zeni Diniz • **Primeira-Tesoureira:** Maria Helena Martins Ricci • **Segundo-Tesoureiro:** João Francisco Possari • **Diretora da Comissão de Assistência:** Fabiana Andréa Lopes Soares • **Diretora da Comissão de Educação:** Léa Pereira de Sousa • **Diretora de Publicação e Divulgação:** Aparecida de Cassia Giani Peniche • **Diretora do Conselho Fiscal:** Heloísa Helena Ferreti Silva • **Membros do Conselho Fiscal:** Janete Akamine e Renata Barco de Oliveira.

REVISTA SOBECC

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Conselho Editorial – Dra. Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro (Universidade Federal da Bahia), Dra. Ana Lúcia Siqueira Costa Calache (Escola de Enfermagem da USP), Profa. Associada Aparecida de Cassia Giani Peniche (Escola de Enfermagem da USP), Dra. Arlete Silva (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo), Profa. Associada Cristina Maria Galvão (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto), Profa. Associada Estela Regina Ferraz Bianchi (Escola de Enfermagem da USP), Profa. Titular Kazuko Uchikawa Graziano (Escola de Enfermagem da USP), Dra. Laura de Azevedo Guido (Universidade Federal de Santa Maria), Dra. Maria Belén Salazar Posso (Universidade do Vale do Paraíba), Dra. Maria Concepcion Pezo Silva (Universidade Nacional Pedro Ruiz Gallo – Peru) e Dra. Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite (Escola de Enfermagem da USP).

Comissão de Publicação e Divulgação – Coordenação: Profa. Associada Aparecida de Cassia Giani Peniche • **Membros:** Profa. Associada Estela Regina Ferraz Bianchi, Dra. Maria Lúcia Fernandez Suriano, Dra. Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite, Enfermeira com MBA em Economia e Gestão em Saúde Sirlene Ap. Negri Glasenapp e Mestre Verônica Cecília Calbo Medeiros.

Equipe Técnica – Edição: Solange Arruda • **Produção Gráfica e Ilustração:** Solange Mattenhauer Candido • **Secretária:** Maria Elizabeth Jorgetti • **Bibliotecária:** Sônia Maria Gardim • **Revisão de Espanhol:** Dra. Maria Belén Salazar Posso • **Revisão de Inglês:** Denise Demarzo • **Tiragem:** 4.000 exemplares • **Impressão:** Congraf.

SOBECC – Rua Vergueiro, 875, cj. 21 • Liberdade (Metrô Vergueiro)
• CEP: 01504-001 • São Paulo • SP • CGC: 67.185.215/0001-03 • Tel.: (11) 3341-4044 • Fax: (11) 3208-1285

E-mail: sobecc@sobecc.org.br
Internet: <http://www.sobecc.org.br>

Os artigos assinados são de responsabilidade dos autores.

A SOBECC está associada à Academia Brasileira de Especialistas de Enfermagem (ABESE) desde 2000 e à International Federation Perioperative Nurses (IFPN) desde 1999. Além disso, mantém parceria constante com a Association Operating Room Nurses (AORN).

ÍNDICE

4...

EDITORIAL

5...

ACONTECE SOBECC

7...

AGENDA

8...

8º CONGRESSO DA SOBECC

14...

ARTIGO ORIGINAL – ASSISTÊNCIA

Análise do estresse de pacientes em período de pré-operatório imediato

20...

REVALIDAÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

24...

ARTIGO ORIGINAL – ASSISTÊNCIA

Orientação de Enfermagem: uma estratégia para minimizar a ansiedade e eventuais intercorrências após a alta hospitalar de pacientes mastectomizadas

31...

ARTIGO ORIGINAL – GESTÃO

Reflexões sobre o desempenho dos colaboradores no Centro de Material e Esterilização

37...

ARTIGO ORIGINAL – ANALGESIA

Dor em UTI: prevalência e características da queixa dos pacientes

42...

SOBECC – SEÇÃO PARANÁ

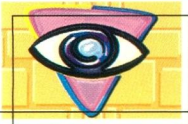
Evento discute a elaboração de protocolos de reprocessamento de produtos médicos

43...

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

ISSN 14144425

Revista indexada nas bases de dados
LILACS e CUIDEN



TEMPO DE CONSOLIDAÇÃO

Chegamos ao fim de um ano de muito trabalho, mas que também teve gosto de consolidação. Não faltam exemplos dos frutos que estamos colhendo. Em julho passado, a SOBECC passou por mais uma experiência bem-sucedida na promoção do 5º Simpósio Internacional de Esterilização e Controle de Infecção Hospitalar, que foi decisiva para o Brasil ter sido indicado para sediar o próximo Congresso Pan-Americano de Esterilização. Como se não bastasse, esse evento vai ser realizado em conjunto com a sexta edição do Simpósio da SOBECC, em julho de 2008.

Além disso, devemos destacar que a SOBECC ampliou decisivamente sua atuação em diversos Estados brasileiros ao longo de 2006, com a criação de sua primeira seção estadual, no Paraná, e com o apoio direto e indireto a diversas iniciativas educacionais nas áreas de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, que resultaram na formação e na atualização de centenas de profissionais de Enfermagem em todo o País. Aliás, a diversidade das pesquisas publicadas na *Revista SOBECC* evidencia essa amplitude.

Nesta edição, dois artigos que selecionamos tratam do estresse e da ansiedade dos pacientes antes de uma intervenção cirúrgica, deixando claro como a equipe de Enfermagem pode reduzir esses sentimentos e, conseqüentemente, contribuir com a recuperação dos indivíduos. Outro trabalho que escolhemos mostra a opinião dos profissionais de Centro de Material e Esterilização sobre sua atuação dentro da estrutura hospitalar – uma opinião muito positiva, por sinal. Por fim, uma pesquisa inédita traz um importante alerta: a dor ainda recebe uma abordagem inadequada no pós-operatório, mesmo com toda a tecnologia disponível e com tudo que já aprendemos sobre o tema.

Em meio a este período de colheita, convidamos você a refletir profundamente sobre tais assuntos para que, em 2007, possa também distribuir os frutos e, assim, mudar tudo aquilo que o afasta da essência da nossa profissão. No fundo, existimos para melhorar a vida de outras pessoas. Que esse conceito guie sua vida profissional e sua prática em todos os dias do próximo ano.

Como nosso caloroso abraço de boas festas,



Lígia Garrido Calicchio
Presidente da SOBECC em Exercício



Aparecida de Cassia Giani Peniche
Diretora de Publicação e Divulgação



ANÁLISE DO ESTRESSE DE PACIENTES EM PERÍODO DE PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO

Analyze Stress in Patients in Immediate Preoperative

Análisis del Estrés en los Enfermos en la Situación del Pre-Operatorio Inmediato

Ana Lucia Siqueira Costa • Estela Regina Ferraz Bianchi

Resumo – Esta pesquisa analisou o estresse de cem pacientes internados sob os cuidados da especialidade cirúrgica urológica, tanto na situação de vida diária quanto no pré-operatório imediato. Para tanto, utilizamos um instrumento com dados sociodemográficos e um questionário composto de 43 itens, distribuídos em manifestações somáticas e psíquicas de estresse, que foram pontuadas pelos participantes do estudo. Observamos uma predominância de pacientes do sexo masculino (84%), acometidos principalmente de patologias de caráter benigno (59%), que seriam submetidos a cirurgias de médio e grande porte (84%). A maioria (80%) já havia passado por procedimentos cirúrgicos prévios. Na prática, predominaram os indivíduos com baixa pontuação total de estresse nas situações de vida diária e de pré-operatório imediato. A manifestação muscular foi a mais pontuada, sobretudo no cotidiano dos indivíduos. A análise dos resultados desta pesquisa proporcionou melhor compreensão das estratégias de enfrentamento que o paciente utiliza para lidar com as situações estressantes.

Palavras-chave – estresse; coping; Enfermagem Cirúrgica.

Abstract – This investigation analyzes stress occurrences either in daily life and immediate preoperative period of 100 urology surgical patients. An instrument

including the patients' personal data records and a 43-item questionnaire approaching the somatic and psychological stress manifestations was used for data collection. Stress manifestation were scored for both situations according the patients' own evaluation. Observations were made on the male (84%) affected by benign pathologies (59%), and those to be submitted to major and medium surgeries (84%). Most patients (80%) had been submitted to previous surgeries. Results showed the predominance of patients with low total stress scoring either for daily life situations and immediate preoperative period. The comparison between the total stress scoring among the studies subjects showed statistical significance for muscular manifestations with higher scoring for daily life situations. Analysis of the present results provided a better understanding concerning the coping or adaptation strategies developed by patients in order to deal with the stressful situations ahead.

Key words – stress; coping; Surgical Nursing.

Resumen – Esta pesquisa analiza el estrés de 100 enfermos ingresados en la especialidad quirúrgica urológica, en las situaciones de la vida diaria y del preoperatorio inmediato. Fue utilizado un instrumento con datos personales de

los enfermos y un cuestionario compuesto de 43 ítems distribuidos en manifestaciones somáticas y psíquicas de estrés que fueron señaladas por el enfermo. Fue observado predominancia de enfermos del sexo masculino (84%), acometidos de patologías de carácter benigno (59%), que serían sometidos a cirurgías de medio y grande porte (84%). La mayoría de los enfermos (80%) ya había sometido a procedimientos quirúrgicos previos. Los resultados revelaron predominancia de enfermos con baja puntuación total de estrés en las situaciones de la vida diaria y del pre-operatório inmediato. La manifestación muscular fue la más señalada con predominancia para la situación de la vida diaria. El análisis de los resultados de esa pesquisa proporcionó mejor comprensión de las estrategias de enfrentamiento que el enfermo se utiliza para lidar con las situaciones estresantes.

Palabras clave – estrés; coping; Enfermería Quirúrgica.

INTRODUÇÃO

A prestação adequada de cuidados ao paciente sempre foi um aspecto de preocupação para os enfermeiros. Apesar do modelo biomédico vigente no sistema de assistência hospitalar, é possível perceber tendências de mudança no que se refere a essa prática.

De um lado, verifica-se a visão reducionista, que fragmenta a análise do corpo humano em partes; de outro, há o holismo, que contempla o organismo humano como um sistema vivo, com seus componentes interligados, interdependentes e em interação contínua com o ambiente físico e social. Dentro dessa perspectiva, o paciente deve ser visto como um ser doente que tem sua própria história e é constituído por três sistemas: corpo, mente e social em íntima relação com seu meio⁽¹⁾.

Apesar disso, os indivíduos hospitalizados não podem ser considerados de maneira semelhante, como se todos estivessem vivenciando as mesmas emoções ou, ainda, como se apresentassem as mesmas manifestações. Não dá para aplicar uma única conduta a todos os doentes, uma vez que cada um se encontra inserido em um contexto único e particular de existência. Partindo desse ponto de vista, a presente pesquisa foi desenvolvida com a finalidade de buscar meios de avaliar a situação de estresse presente em pacientes cirúrgicos urológicos no período de pré-operatório imediato, sem, no entanto, distanciar-los de seu contexto social⁽²⁾.

O estresse está presente não só em momentos específicos, como no ato anestésico-cirúrgico, mas nas diversas situações da vida do indivíduo, sendo responsável por alterações orgânicas e comportamentais importantes, com extrapolação dos parâmetros normais na estrutura e na composição química do corpo. As alterações psicofisiológicas advindas do estresse foram chamadas por Selye de síndrome de adaptação geral (SAG) e se desenvolvem em três fases distintas: de alarme, de resistência e de exaustão⁽³⁾.

A fase de alarme, também chamada de fase de alerta, diz respeito ao início da resposta ao agente estressor. Nessa etapa, ocorre a mobilização total das

forças de defesa orgânica, desenvolvida pela via do sistema nervoso autônomo ao estimular os órgãos correspondentes à sua inervação. Com uma reação bem-sucedida, verifica-se a cessação dos estímulos, seguida do retorno à homeostasia interna do organismo.

A fase de resistência, apesar de ser marcada pelo prosseguimento do agente estressor, difere da anterior, caracterizando-se por uma série de alterações neuroendócrinas. Já a reação de exaustão é observada quando há uma falha no sistema de controle homeostático, com conseqüentes manifestações de doenças relacionadas com o estresse.

Com a evolução e o acréscimo de novos conceitos, desenvolveram-se diversos estudos sobre o estresse, acentuando a influência de fatores psíquicos sobre as funções neuroendócrinas. Desse modo, compreende-se que o processo de hospitalização, envolvendo intervenções clínicas ou cirúrgicas, representa um estressor, pois, nessa situação, ocorrem modificações importantes na vida do paciente. As alterações mais comumente observadas incluem a perda do controle sobre as atividades cotidianas, a mudança de ambiente, a supressão da individualidade e a separação das pessoas do convívio familiar e social, entre outras. Essas experiências são consideradas como fatores de estresse significativos porque requerem do doente o desenvolvimento de forças para o enfrentamento das novas situações e a adaptação a elas⁽⁴⁾.

No que se refere ao conhecimento das condições físicas e emocionais do paciente pelo enfermeiro de Centro Cirúrgico, Bianchi⁽⁵⁾ enfatiza que esse domínio é de grande relevância, visto que garante a individualidade e a continuação da assistência prestada durante todas as fases da hospitalização. Desse modo, para a análise dos indi-

víduos que participaram da presente pesquisa, foi necessário conhecer os sinais e sintomas característicos de estresse para, então, verificar se as manifestações apresentadas por eles eram específicas dessa fase. Sendo assim, perseguimos o seguinte objetivo: analisar e comparar o estresse de pacientes cirúrgicos urológicos na situação de vida diária e na de pré-operatório imediato.

METODOLOGIA

Método

Este estudo, do tipo transversal de correlação, exploratório e descritivo, constituiu-se em uma análise comparativa entre as circunstâncias de estresse do período pré-operatório imediato e as da vida diária. Convém salientar que as manifestações físicas e emocionais foram os principais aspectos dessa abordagem.

Material

Como locais de estudo, escolhemos três hospitais-gerais do Município de São Paulo, dois considerados de médio porte e um, de grande porte.

A amostra da pesquisa compreendeu pacientes da especialidade cirúrgica urológica, internados no período de pré-operatório imediato, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade a partir de 21 anos; possuir nível de instrução adequado para ler e compreender o conteúdo do instrumento de pesquisa; em caso de nacionalidade estrangeira, ter bom domínio da língua portuguesa; não estar em tratamento com drogas ansiolíticas ou antidepressivas em período próximo à cirurgia; não ter recebido a medicação pré-anestésica nem estar sob efeito de sedativo no momento de preenchimento do questionário; aceitar participar da pesquisa; e, por fim, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a coleta de dados, construímos um



Artigo Original
ASSISTÊNCIA

instrumento composto de sinais e sintomas característicos de estresse. Inicialmente, para procedermos à avaliação do conteúdo e da apresentação dos itens, o questionário passou pelo ajuizamento de um grupo de cinco enfermeiras experientes na área da pesquisa e, ao mesmo tempo, por um pré-teste com dez pacientes. Essas providências tiveram a finalidade de verificar a adequação dos dados de identificação, de avaliar se as orientações contidas no documento eram suficientes e de fácil compreensão, de analisar se os termos utilizados em relação às manifestações somáticas e psíquicas eram compreensíveis e de observar se a forma de apresentação do instrumento facilitava seu preenchimento.

Em sua forma final, o documento foi denominado Instrumento de Coleta de Dados de Pesquisa sobre Estresse e dividido em duas partes, a primeira com dados de identificação do paciente e a segunda com dados das manifestações de estresse, que organizamos em 43 itens, divididos em manifestações somáticas e psíquicas.

Os sinais somáticos foram agrupados conforme os seguintes sistemas orgânicos e seus respectivos sintomas: neurológico (dor de cabeça), muscular (dores musculares, ranger de dentes, tremor de pálpebras e tremores musculares), gastrointestinal (queimação de estômago, náuseas, vômito, sensação de vazio no estômago, dor estomacal às refeições, sensação de estômago cheio, diarreia, prisão de ventre, perda de apetite e aumento de apetite), cutaneomucoso (alteração de transpiração, vermelhidão de face e pescoço, coceira no corpo e boca seca), respiratório (dificuldade para respirar, respiração rápida e tosse seca), cardiovascular (alteração do batimento cardíaco, palpitação, dor no peito, alteração da pressão arterial e mãos e pés gelados). Já os psíquicos incluíram dificuldade para dormir, sono interrompido, cansaço, aumento de sono, irritabilidade, preocupação, dificuldade para assimilar orientações, depressão, dificuldade para relaxar, choro, inquietação, tristeza, sensação de medo e ansiedade. As manifestações receberam pontos de acordo com uma escala que variou de 0 a 3 pontos, ou seja, da descrição de ausência de sintomas – pontuação zero – até aqueles de maior gravidade – três pontos (anexo 1).

Antes de iniciarmos a coleta de dados, submetemos o projeto de pesquisa à avaliação da comissão de ética e de pesquisa dos respectivos hospitais. Assim, depois que escolhemos os pacientes de acordo com os critérios de inclusão já descritos, fornecemos a eles esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa e aplicamos o instrumento criado para o presente estudo, conforme as orientações contidas no próprio documento.

Para a medida da confiabilidade do instrumento proposto, optamos por utilizar o coeficiente de correlação alfa de Cronbach, com a finalidade de avaliar a adequação e a qualidade de seu conteúdo⁽⁶⁾. Já para a análise estatística, empregamos o teste para dados emparelhados de postos com sinal de Wilcoxon e, para a avaliação do estresse entre as várias categorias que caracterizavam a população, fizemos o teste de postos para dados não emparelhados de Kruskal-Wallis, ambos com nível e significância de 5%⁽⁷⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto às características da amostra, verificamos a predominância de indivíduos do sexo masculino (84%), casados (88%) e com idade variando de 42 a 81 anos (89%), portadores de patologia urológica benigna (59%), com comprometimento do aparelho urogenital (66%), e que iriam se submeter a procedimentos cirúrgicos de médio ou grande porte (84%), já tinham

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.



Incubadora
BR.10 KV



Integrador Vapor



Indicador
Biológico
Auto-Contido

STIC Controle de Contaminação
e Sistemas Térmicos

presente em 42 países



sofrido cirurgias anteriores (80%) e não apresentavam patologias associadas à doença que motivou a intervenção (59%). A concentração de homens na população estudada se explica pelo fato de a especialidade escolhida para a pesquisa tratar de patologias que afetam o sistema reprodutor masculino.

Ao analisarmos os resultados da distribuição total de pontos de estresse dos cem pacientes, tanto para cada manifestação quanto no conjunto de sintomas, verificamos baixa pontuação de estresse na situação de vida diária e no pré-operatório imediato. Esse resultado pode estar relacionado com as características individuais de personalidade e com o padrão de comportamento dos indivíduos dentro de seu grupo social, assim como com os fatores orgânicos. Da mesma maneira, é possível inferir que a baixa pontuação de estresse esteja associada com a forma de avaliação do paciente em relação às circunstâncias que considera ameaçadoras ou desafiantes.

A pontuação total associada aos sintomas neurológicos, musculares, gastrointestinais, cutaneomucosos e cardiovascular foi discretamente maior na situação de vida diária do que no período de pré-operatório imediato, embora esse resultado não tenha tido significância estatística. Por sua vez, as manifestações respiratórias e psíquicas tiveram maior pontuação antes da cirurgia, mas a diferença de pontos entre as duas ocasiões também não se mostrou estatisticamente representativa.

No período de pré-operatório imediato, convém ter em mente que todos os pacientes apresentam-se estressados e com necessidade de maior atenção. Na prática, observamos que esses cuidados, em sua grande maioria, não contemplam o doente como um ser único, uma vez que são fornecidos de maneira padronizada, como se todos os indivíduos

vivenciassem o mesmo sentimento ou a mesma emoção diante da situação. A participação do paciente no processo de avaliação de seu estado de estresse dá subsídios para a elaboração de condutas mais específicas e mais adequadas por parte dos profissionais de Enfermagem que prestam a assistência.

De todas as manifestações analisadas, a muscular foi a única com diferença significativa entre as duas situações, com maior pontuação na vida diária. O fato pode estar relacionado com as circunstâncias de tensão constante a que são submetidos os sujeitos na sociedade contemporânea. A competitividade, cada vez mais crescente no ambiente de trabalho, e a cobrança imposta a si pelas próprias pessoas fazem com que o comportamento patológico de tensão se instale, acarretando sintomas dessa natureza.

Para Molina⁽⁸⁾, os indivíduos expostos a situações contínuas de estresse normalmente ficam propícios ao desenvolvimento da contratura muscular excessiva, sobretudo dos músculos do sistema esquelético, o que se manifesta sob forma de dor severa e ininterrupta.

Os sintomas psíquicos, a seu turno, foram mais pontuados na situação de pré-operatório imediato. O fato de os pacientes, no momento da coleta de dados, não estarem em uso de medicamentos tranquilizantes, antidepressivos ou ansiolíticos pode ter contribuído para que os sinais que compõem essa manifestação, quando presentes, não tenham sido suprimidos, permitindo que os sujeitos pudessem melhor identificá-los. Outro aspecto que igualmente justifica a pontuação mais elevada para esses sintomas se refere à capacidade de os indivíduos os relacionarem com o estresse. O mesmo não acontece com as manifestações somáticas, que os pacientes comumente entendem serem decorrentes dos órgãos específicos aco-

metidos pela patologia, não atribuindo aos fatores de estresse a responsabilidade por seu desencadeamento.

Para explicarmos a pequena pontuação total de estresse em todas as manifestações, consideramos que os indivíduos desenvolvam mecanismos próprios de enfrentamento ou de adaptação diante de uma situação considerada estressante – no caso, da necessidade de uma cirurgia.

Quanto à baixa pontuação de estresse especificamente no pré-operatório imediato, acreditamos ainda que as orientações prévias oferecidas aos pacientes sobre a doença, o procedimento e a recuperação possam ter colaborado para a melhor compreensão do processo cirúrgico e a conseqüente diminuição do estresse. França e Rodrigues⁽⁹⁾ relatam que o sujeito mais bem preparado para vivenciar uma situação ou um acontecimento doloroso responderá melhor ao estresse.

Por outro lado, observamos também que, para algumas pessoas, a hospitalização tem um caráter de conforto, descanso e recebimento de atenção por parte dos profissionais. Da mesma forma, há aquelas para quem os desafios e as ameaças constantes do cotidiano repercutem de maneira mais intensa no organismo do que as preocupações resultantes de uma situação específica, como antes de uma intervenção cirúrgica.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, os pacientes estudados apresentaram baixa pontuação total de estresse, tanto no pré-operatório imediato quanto na vida diária. Apenas as manifestações respiratórias e psíquicas receberam um número de pontos mais elevado na situação de pré-operatório. Nas demais manifestações, houve maior pontuação no cotidiano do indivíduo.



Artigo Original
ASSISTÊNCIA

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para uma melhor compreensão do paciente hospitalizado, numa abordagem de prevenção ou de redução do estresse, o enfermeiro deve adquirir conhecimentos sobre os conceitos e a dimensão da influência do estresse na saúde das pessoas.

Acreditamos que este estudo possa contribuir com as mudanças das condutas até então praticadas no processo de assistência. O paciente deve ser visto como um ser global, inserido num contexto social e constituído de um sistema de valores e condutas que determinarão a melhor forma de enfrentar uma circunstância estressante. O enfermeiro, cuja característica profissional lhe permite estar presente na rotina do doente durante todo o período de hospitalização, pode

e deve auxiliá-lo a se adaptar às diversas fases desse processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1982.
2. Costa ALSC. Análise do estresse nas situações de vida diária e do pré-operatório imediato em pacientes cirúrgicos urológicos. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo; 1997.
3. Selye H. Stress, a tensão da vida. 2ª ed. São Paulo: Ibrasa; 1959.
4. Volicer BJ, Burns MW. Preexisting correlates of hospital stress. Nurs Res 1977; 26(6):408-17.
5. Bianchi ERF. Estresse em Enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de Centro Cirúrgico. [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1990.
6. Cronbach JL. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951; 16(3):297-334.
7. Siegel S. Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento. São Paulo: McGraw Hill; 1975.
8. Molina OF. O estresse no cotidiano. São Paulo: Pancast; 1996.
9. França ACL, Rodrigues AL. Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas; 1997.



CisaBrasile
sistemas de esterilização

Tecnologia Européia em Sistemas de Esterilização

Com a experiência de quem atua há mais de cinquenta anos no exigente mercado europeu, a CisaBrasile oferece uma gama completa de produtos destinados à centrais de esterilização, desde o projeto, softwares para controle, acessórios e equipamentos, tudo com fabricação e assistência técnica nacional. O resultado desta combinação são produtos eficientes, com qualidade e tecnologia de ponta proporcionando economia graças à alta performance, notável economia de recursos como água e eletricidade e baixíssimo índice de paradas para manutenção.

Possuímos representantes em todo o território nacional, e assistência técnica local direta sob responsabilidade da fábrica nas principais cidades.

- Qualidade
- Confiabilidade
- Segurança
- Assistência

www.cisabrasile.com.br



Autoclaves para alta e baixa temperatura



Termodesinfectoras para lavagem, desinfecção e secagem



Projetos completos para centrais de esterilização

Joinville - SC
Rua Dona Francisca, 8300 - Distrito Industrial
Bloco C Módulo 6 - CEP 89239-270
Joinville - SC - Brasil
Fone: +55 47 437-9090 / 435-7592
e-mail: cisa@cisabrasile.com.br

São Paulo - SP
Rua Capote Valente, 439 - J. América - S / 74
São Paulo - SP - Fone: +55 11 3068-8312

Dados para identificação de estresse

Estamos desenvolvendo um estudo sobre o nível de estresse do paciente no período pré-operatório e gostaríamos de contar com sua ajuda, respondendo a todos os itens deste questionário. Leia atentamente cada tópico referente às manifestações de estresse presentes em sua vida diária e também às manifestações que tem observado nas últimas 24 horas. Em seguida, marque com um círculo o número correspondente à manifestação que você apresentar, de acordo com a descrição da pontuação abaixo. Agradecemos sua colaboração.

0 = AUSENTE

Não há sintoma de estresse.

1 = DISCRETO

○ sintoma de estresse existe, mas é considerado de baixo nível de importância.

2 = MODERADO

○ sintoma de estresse existe e é considerado de médio nível de importância, porém sem que haja necessidade de ajuda.

3 = GRAVE

○ sintoma de estresse existe, é considerado de alto nível de importância e requer ajuda.

AUTORIA**Ana Lucia Siqueira Costa**

Enfermeira; professora doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

Endereço para correspondência:

R. Oscar Caravelas, 334, ap. 52, Vila Madalena, São Paulo, SP

CEP: 05441-000

Tel.: (11) 3864-7735 (res.) /

(11) 3066-7563/7544 (com.)

E-mail: anascosta@usp.br

Estela Regina Ferraz Bianchi

Enfermeira; professora associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP.

Anexo I**MANIFESTAÇÕES DE ESTRESSE**

	Manifestações	Vida diária	Últimas 24 horas
1	Dor de cabeça	0 1 2 3	0 1 2 3
2	Queimação no estômago	0 1 2 3	0 1 2 3
3	Aumento do sono	0 1 2 3	0 1 2 3
4	Dor no peito	0 1 2 3	0 1 2 3
5	Alteração da transpiração	0 1 2 3	0 1 2 3
6	Perda de apetite	0 1 2 3	0 1 2 3
7	Sensação de medo	0 1 2 3	0 1 2 3
8	Coceira no corpo	0 1 2 3	0 1 2 3
9	Mãos e pés gelados	0 1 2 3	0 1 2 3
10	Sensação de estômago cheio	0 1 2 3	0 1 2 3
11	Ranger de dentes	0 1 2 3	0 1 2 3
12	Vontade de chorar	0 1 2 3	0 1 2 3
13	Alteração do batimento cardíaco	0 1 2 3	0 1 2 3
14	Dificuldade para relaxar	0 1 2 3	0 1 2 3
15	Sensação de vazio no estômago	0 1 2 3	0 1 2 3
16	Dificuldade para respirar	0 1 2 3	0 1 2 3
17	Variação do humor	0 1 2 3	0 1 2 3
18	Tremor de pálpebras	0 1 2 3	0 1 2 3
19	Irritabilidade	0 1 2 3	0 1 2 3
20	Náuseas	0 1 2 3	0 1 2 3
21	Palpitação	0 1 2 3	0 1 2 3
22	Sono interrompido	0 1 2 3	0 1 2 3
23	Dores musculares	0 1 2 3	0 1 2 3
24	Dificuldade para assimilar orientações	0 1 2 3	0 1 2 3
25	Diarréia	0 1 2 3	0 1 2 3
26	Boca seca	0 1 2 3	0 1 2 3
27	Inquietação	0 1 2 3	0 1 2 3
28	Dificuldade de memória	0 1 2 3	0 1 2 3
29	Tosse seca	0 1 2 3	0 1 2 3
30	Respiração rápida	0 1 2 3	0 1 2 3
31	Tristeza	0 1 2 3	0 1 2 3
32	Tremores musculares	0 1 2 3	0 1 2 3
33	Vômito	0 1 2 3	0 1 2 3
34	Alteração da pressão arterial	0 1 2 3	0 1 2 3
35	Depressão	0 1 2 3	0 1 2 3
36	Dor de estômago às refeições	0 1 2 3	0 1 2 3
37	Vermelhidão de face e pescoço	0 1 2 3	0 1 2 3
38	Dificuldade para dormir	0 1 2 3	0 1 2 3
39	Ansiedade	0 1 2 3	0 1 2 3
40	Aumento de apetite	0 1 2 3	0 1 2 3
41	Cansaço	0 1 2 3	0 1 2 3
42	Prisão de ventre	0 1 2 3	0 1 2 3
43	Preocupação	0 1 2 3	0 1 2 3



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 Spielberger⁽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. É 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.

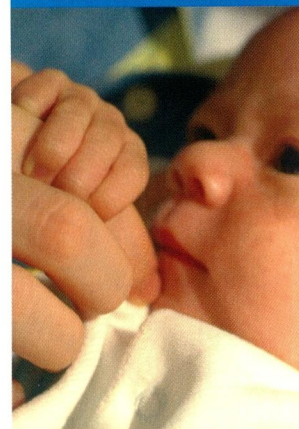
De fato, a hipertensão é altamente prevalente em nosso meio — estima-se que de 10% a 20% da população adulta maior de 18 anos tenha a doença⁽¹³⁾. A liberação excessiva e prolongada de substâncias como catecolaminas e corticosteróides, devida ao estresse, provoca alterações cardíacas refletidas como arritmias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



Idm CE ISO 9001

STEMA
Medizintechnik GmbH

Distribuidor exclusivo no Brasil
Tecnologia Alemã

www.tudoparacirurgia.com.br



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) discutiram 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:

<input type="checkbox"/> Tensão muscular	<input type="checkbox"/> Suor excessivo
<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Boca seca
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Falta de apetite
<input type="checkbox"/> Falta de ar	<input type="checkbox"/> Insônia
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> 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





Artigo Original
GESTÃO

REFLEXÕES SOBRE O DESEMPENHO DOS COLABORADORES NO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Reflexiones sobre el Desempeño de los Colaboradores en Centro de Materiale y Esterilización

Reflections on the Workers' Performance in the Material Center and Sterilization Areas

Gisélia Alves Araújo • Iolanda Beserra da Costa Santos • Elizalva Felix de Oliveira

Resumo – Este estudo teve o propósito de refletir sobre as condições que influenciam no desempenho dos profissionais que atuam no Centro de Material e Esterilização (CME), um setor que realiza um trabalho de grande importância na instituição de saúde, uma vez que responde pelo processamento de todos os materiais odonto-médico-hospitalares. Para tanto, fizemos uma pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvida com 17 funcionários do CME do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB), na cidade de João Pessoa (PB), em setembro de 2003. Como instrumento, utilizamos um questionário com perguntas relacionadas com o objetivo da investigação. De acordo com os resultados, os participantes disseram ter encontrado facilidade de adaptação à atividade da área, expressaram satisfação em trabalhar no CME, reconheceram a importância do setor dentro da estrutura hospitalar e identificaram as interferências no serviço. Concluímos que o desempenho dos profissionais do CME é satisfatório, apesar de existirem entraves administrativos peculiares à instituição, que dificultam seu trabalho.

Palavras-chave – Enfermagem; desem-

penho profissional; Centro de Material e Esterilização.

Abstract – The Materials Sterilization Center (MSC) is the sector responsible for the processing of all odontological-medical-hospital materials, making it vital to the hospital structure. This study aims at reflecting about the conditions that influence the performance of the professionals that work in the MSC. A quanti-qualitative exploratory research, designed at the MSC/FUPB/LWUH, in the city of João Pessoa, throughout the month of September 2003, was designed to question 17 (seventeen) professionals of the MSC. A questionnaire was elaborated taking into account our object of study. Results showed that those participants easily adapted to their work, showed satisfaction in working in the MSC, acknowledged the importance of the sector in the hospital structure and identified factors which interfered in the work. Our conclusion is that participants' performance is satisfactory; however, there are administrative hindrances peculiar to the institution which makes their work difficult.

Key words – Nursing; professional performance; Materials Sterilization Center.

Resumen – El Centro de Materiale y Esterilización (CME) es considerado de los todos los materiales odonto-médico-hospitales, por la importancia de lo trabajo desarrollado en este sector. El presente estudio tuvo como objetivo reflexar bajo las condiciones que sufren influencia en el trabajo de los profesionales que actúan en CME. Es un estudio exploratorio con una abordagen quanti-qualitativa desarrollado con 17 trabajadores de lo CME/HULW/UFPB con las contestaciones con relación a los objetivos del estudio. Los resultados han evidenciado que los participantes han visto facilidad de la adaptación en lo servicio; es expresado la satisfacción en trabajar en lo CME; ha reconocido la importancia de lo sector en la estructura hospitalar y la identificación de la intervención en el servicio. En conclusión es presentado el desempeño de los funcionarios do CME y es satisfecho, y además existen los entraves de la administración peculiar a la institución que han dificultado en su trabajo.

Palabras claves – Enfermagem; desempenho profissional; Centro de Materiale y Esterilización.

INTRODUÇÃO

O Centro de Material e Esterilização



(CME), de acordo com o Manual de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde⁽¹⁾, “é o setor (unidade ou serviço) destinado à limpeza, ao acondicionamento, à esterilização, à guarda e à distribuição dos materiais esterilizados”. A área deve prover de materiais estéreis todas as unidades do hospital, em quantidade e qualidade suficientes para garantir uma assistência segura e eficaz ao paciente⁽²⁾.

Nesse sentido, Salzano, Silva e Watanabe⁽³⁾ afirmam que “o CME é o cartão de visita de uma instituição, uma vez que responde pelo controle de todos os materiais odonto-médico-hospitalares”. Considerando as afirmativas descritas, tornam-se notórias, no contexto da instituição de saúde, tanto a relevância das atividades do CME quanto a responsabilidade assumida pelos profissionais que ali atuam. O trabalho executado é minucioso, repetitivo e requer grande atenção daqueles que o realizam, razão pela qual há dificuldades para manter um grupo estável de profissionais no setor, estimulado e em sincronia com as tarefas⁽⁴⁾.

Para Rodrigues et al.⁽⁵⁾, a área exige pessoas com formação e capacitação adequadas para a execução de técnicas especializadas, além de capacidade de concentração, destreza manual e atenção. Os autores ainda ressaltam a importância de preservar um nível elevado de motivação e relacionamento na equipe para que seja possível o envolvimento maior de cada profissional com a realização das tarefas e a aceitação das inovações necessárias à manutenção de um padrão de qualidade no serviço.

OBJETIVO

Refletir sobre as condições que influenciam no desempenho dos profissionais que atuam no Centro de Material e

Esterilização.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo consistiu em uma pesquisa exploratória, com enfoque quantitativo e qualitativo^(6,7), realizada no Centro de Material e Esterilização (CME) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), situado no Campus I da Universidade Federal da Paraíba, na cidade de João Pessoa (PB). A iniciativa teve, como população, os 22 funcionários que trabalhavam no CME da instituição e desempenhavam as mesmas atividades na ocasião do levantamento. A amostra reuniu 17 profissionais que aceitaram participar da pesquisa, encontravam-se na escala de serviço no período da aplicação do instrumento e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Desse grupo, 12 eram auxiliares de Enfermagem, dois, auxiliares de laboratório e três, auxiliares operacionais.

Como instrumento da coleta, usamos um questionário dividido em duas partes: a primeira com a identificação dos sujeitos e a segunda com dados relativos ao desempenho dos funcionários no CME. É oportuno destacar que o presente trabalho levou em consideração as observâncias éticas preconizadas para a pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾.

Dessa forma, procedemos à coleta dos dados em setembro de 2003, com a aplicação do questionário em dias úteis, durante os turnos de trabalho. Para a análise das informações obtidas, adotamos a forma descritiva, tendo empregado números, percentuais, categorias e subcategorias acompanhadas de discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos profissionais

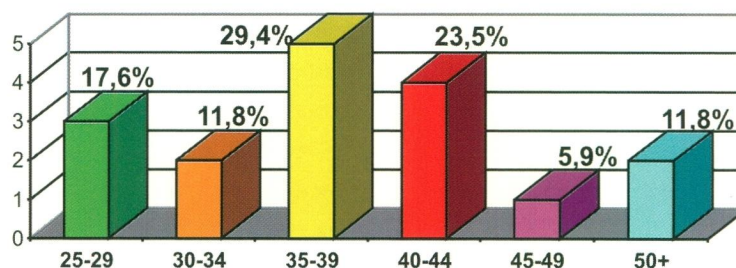


Gráfico 1 – Distribuição dos profissionais no CME/HULW/UFPB segundo a faixa etária.

Os participantes tinham entre 25 anos e mais de 50 anos de idade e se concentraram na faixa entre 35 e 39 anos, com 5/17 (29,4%), seguida da de 40 a 44 anos, com 4/17 (23,5%). Isso mostra que a população estudada foi constituída por pessoas que estavam em plena fase de produção e de construção familiar, com expectativas de progressão intelectual, social e ascensão funcional. Para Smeltzer e Bare⁽⁹⁾, esses grupos etários respondem de maneira positiva e entusiasmada aos programas que focalizam conteúdos de condicionamento físico, de controle de peso, de estresse, do fumo e da própria saúde.

Em se tratando de CME, tais dados merecem destaque, uma vez que, pela natureza do trabalho executado, a área exige bom condicionamento físico para acompanhar a dinâmica do serviço, principalmente quando não há equipamentos modernos para agilizar os processos de algumas práticas, no decorrer das atividades.

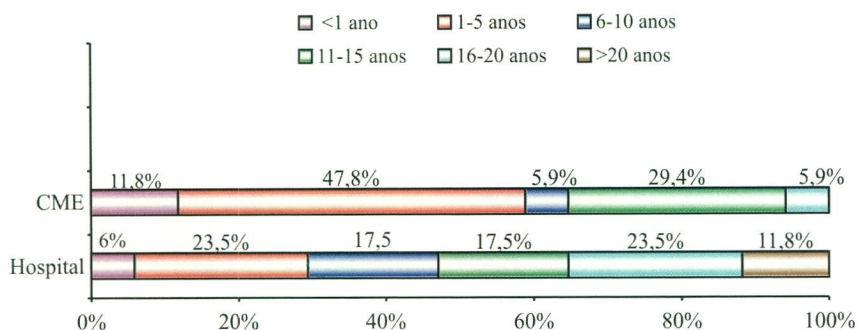


Gráfico 2 – Distribuição dos servidores segundo o tempo de serviço no hospital e no CME/HULW/UFPB.

O tempo de serviço no HULW variou entre 1 e 20 anos, com destaque para as pessoas que tinham entre 1 e 5 anos de casa, que totalizaram 4/17 (23,5%), e entre 11 e 15 anos, que também somaram 4/17 (23,5%). Na ocasião do levantamento, a maioria, formada por 8/17 (47,8%), trabalhava no CME fazia 1-5 anos, seguida de uma significativa parcela que atuava na área havia 11-15 anos, composta de 5/17 (29,4%). Assim, verificamos uma distribuição proporcional dos sujeitos no tocante aos vários períodos de atuação no hospital. Quanto ao tempo de serviço no CME, notamos uma concentração de servidores no período entre 1 e 5 anos, o que demonstra a rotatividade existente no serviço e a constante renovação da força de trabalho na área.

Desempenho das atividades no CME

Os dados relacionados com o desempenho de atividades são evidenciados em forma de categorias e subcategorias, com base nos discursos dos participantes da pesquisa. Assim, eles se referem à adaptação do servidor ao ambiente de trabalho, ao nível de satisfação do indivíduo em trabalhar no CME, à valorização do setor na estrutura do hospital e às questões que interferem nas atribuições dos trabalhadores do CME.

Categoria 1 – Facilidade de adaptação

Constatamos que 14 dos 17 entrevistados (82%) afirmaram ter-se adaptado facilmente à rotina do setor, dos quais quatro (28,5%) não deram justificativas para suas respostas.

Os demais justificaram suas impressões com os seguintes relatos:

- ...aprendizado de tarefas rotineiras...
- ...atenção ao serviço...
- ...trabalho gratificante...
- ...bom relacionamento no trabalho...
- ...colaboração do funcionário...
- ...valorização do setor...
- ...boa orientação...
- ...agilidade no serviço...

O desembaraço no aprendizado das atribuições do CME se justifica pela existência de atividades repetitivas no setor, decorrentes do seqüenciamento dos procedimentos.

Esse aprendizado ocorre de forma dinâmica e objetiva, mediante o conhecimento prévio de tarefas que podem ser retidas na memória por meio de estudo, de observação sistemática ou de experiência adquirida no dia-a-dia. Convém ressaltar que a aprendizagem é um conjunto de mecanismos que o organismo movimenta para se adaptar ao meio ambiente⁽¹⁰⁾.

Os relatos dos sujeitos evidenciaram a facilidade que experimentaram na adaptação ao serviço e, em sua maioria, demonstraram satisfação, expressa na valorização da união do grupo, da supervisão e da atenção e da agilidade no desempenho das atividades.

Categoria 2 – Dificuldade de adaptação

Do total de 17 participantes, três (18%) apontaram dificuldades para se adaptar ao CME, conforme demonstram os depoimentos a seguir:

- ...início difícil...
- ...ambiente fechado...
- ...problema de saúde...
- ...autoclave sem condições...
- ...falta de comunicação prévia com o servidor...
- ...inexperiência no serviço...
- ...ausência de treinamento...
- ...muitas informações ao mesmo tempo...

Os obstáculos narrados decorrem da natureza do trabalho desenvolvido no CME, que, segundo Molina⁽⁴⁾, diverge de outros serviços desempenhados no hospital por conta de uma série de fatores, como o distanciamento do profissional em relação ao paciente e sua família e a outras equipes de trabalho, o estímulo à produtividade, a dificuldade de visualizar e dimensionar o uso adequado do que é produzido na área e, às vezes, a incompreensão dos que fazem parte das unidades que utilizam os materiais.



Artigo Original GESTÃO

É importante ressaltar que o ser humano sempre enfrenta crises de mudança e instabilidades, sejam elas quais forem. Temos uma tendência natural de pensar negativamente sobre nossos objetivos e de sentir que nossos alicerces estão caindo, tornando-nos impotentes e incapazes de transformar determinadas situações estereotipadas em algo bom e produtivo. Na verdade, acabamos por nos esquecer de que as barreiras representam crescimento e impulsionam a vida⁽¹¹⁾.

Categoria 3 – Satisfação

Analisando a questão sobre a satisfação dos servidores em trabalhar no CME, percebemos que, dos 17 estudados, 16 (94%) relataram estar satisfeitos em atuar nesse setor. Desse grupo, dois (12,5%) não explicaram suas respostas. Os demais expressaram os motivos dessa satisfação nos seguintes comentários:

...gosto do que faço...

...identifico-me com o serviço...

...cumprimento da obrigação...

...satisfeito com a equipe...

...trabalho com amor e dedicação...

...trabalho tranquilo...

...menos estressante pela responsabilidade indireta com a vida humana...

...serviço produtivo com qualidade...

...melhoria do funcionamento do hospital...

Tais funcionários identificam-se com o perfil traçado por Moura⁽¹²⁾ para um profissional atuar no CME: ser atento e organizado, gostar do que faz, compreender a importância dos procedimentos e saber executá-los corretamente.

A seu turno, Teixeira et al.⁽¹³⁾ enfatizam que a importância da satisfação para o ajustamento global da pessoa tem sido salientada por outros estudiosos, psiquiatras e psicólogos clínicos. Nesse

sentido, Bergamini⁽¹⁴⁾ afirma que “a satisfação é o encontro do necessário, capaz de reduzir tensões e estabelecer o equilíbrio”.

Avaliando o conteúdo das respostas, observamos que a satisfação existe quando as pessoas se encontram num ambiente harmonioso e mantêm um bom relacionamento, trabalhando com amor e dedicação. Segundo Guido⁽¹⁵⁾, esse sentimento está ainda vinculado ao preparo técnico, científico, ético e político dos funcionários da unidade, implicando igualmente o desenvolvimento de programas educativos para que as dificuldades apresentadas nessas áreas possam ser vencidas.

Categoria 4 – Insatisfação

Da amostra, apenas um funcionário (6%) referiu estar insatisfeito com sua atuação no CME, o que atribuiu a uma característica inerente à área:

...não gosto de trabalhar em ambiente fechado...

Essa declaração nos leva a algumas reflexões sobre o conceito de ambiente fechado, que pode ser traduzido como liberdade tolhida ou comunicação limitada e até mesmo no sentido pejorativo, como prisão. Nesse local, o convívio com outros colaboradores do hospital passa a ter um caráter mais restrito, devido à especificidade do setor, que não permite um fluxo de pessoas circulantes, resultando numa relação interpessoal que se restringe praticamente aos mesmos indivíduos.

Para Bergamini⁽¹⁴⁾, “a insatisfação se traduz por tensões que incitam o organismo a necessitar, desejar, apeteer, tender (...). Esse sentimento – que representa o estado de frustração – atua como um processo dinâmico, movendo o organismo à procura de satisfação”.

Categoria 5 – Importância do CME

Analisando os comentários dos 17 participantes, obtivemos 21 respostas que foram agrupadas por apresentarem o mesmo sentido. Em sua totalidade, a amostra reconheceu a importância do CME, conforme a narrativa que reproduzimos a seguir:

...setor primordial para o funcionamento do hospital...

...é o coração, é o pulmão e a mola-mestra do hospital...

...contribui com a terapêutica do doente...

...serve ao funcionário...

...é importante no controle da infecção...

...é a coluna do hospital, pelo fornecimento de material estéril para o paciente...

...o trabalho precisa ser de qualidade...

As respostas acima demonstram que os funcionários têm consciência da importância do trabalho desenvolvido no CME e que essa valorização se reflete nas atividades de cada um. Rodrigues et al.⁽⁵⁾ explicam que o CME sobressai no contexto hospitalar por ser um dos principais responsáveis pela qualidade dos serviços prestados ao paciente, por interferir significativamente no controle da infecção hospitalar e por se constituir em um fator de segurança para a equipe multiprofissional engajada na assistência.

Os termos atribuídos ao CME – importância e qualidade – são interdependentes, ou seja, um está em função do outro, o que foi reconhecido por todos os profissionais que atuavam no serviço. Vale⁽¹⁶⁾ afirma que “a qualidade dos serviços prestados na área hospitalar só poderá ser alcançada quando houver a participação e a completa integração de todos os membros da instituição, desde os funcionários menos categorizados até aqueles que ocupam níveis hierárquicos

elevados”.

Categoria 6 – Interferências no serviço

Quando argüidos sobre os fatores que interferem nas atividades desenvolvidas no CME, os 17 entrevistados apresentaram 36 respostas, que foram agrupadas em ordem numérica decrescente:

...falta de material...

...problema de saúde...

...mobiliário inadequado...

...cansaço físico...

...problema financeiro...

...problema doméstico...

...escala repetitiva...

...problema familiar...

...falta de treinamento...

Verificamos, nos depoimentos, uma diversidade de respostas que envolvem fatores de ordem institucional e pessoal, os quais, portanto, devem ser trabalhados por funcionários e pela instituição de saúde. Ao hospital, cabe buscar meios que possam atender às expectativas e às necessidades apresentadas, como a falta de material, que tanto pode conduzir o funcionário a situações de criatividade, ao procurar improvisar com o que está disponível, sem causar maiores danos à qualidade da assistência, como levá-lo à desmotivação, pela repetição do problema, e à falta de compromisso para com o serviço.

Completando essas deduções, Ortiz e Gaidzinski⁽¹⁷⁾ enfatizam que “o crescimento exponencial dos sistemas de informação no ambiente hospitalar exige medidas de curto prazo para evitar um colapso no serviço de saúde e em seus elementos-meio – recursos materiais, entre outros –, de maneira que seja possível centrar atenção naquilo que é a essência da assistência ao cliente”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desta pesquisa, pudemos averiguar os fatores que

influenciam no desempenho dos profissionais que trabalham no CME, com destaque para os aspectos positivos, citados pela maioria dos entrevistados: setor de fácil adaptação, serviço de suma importância para o funcionamento do hospital e satisfação com o trabalho. Apesar disso, os aspectos negativos também apareceram, como a falta de material suficiente para uma atividade seqüenciada, que prejudica a quantidade e a qualidade da produção; os problemas de saúde, que impedem o desenvolvimento de todas as tarefas do serviço, favorecendo o absenteísmo; e o mobiliário inadequado, que torna o serviço cansativo pela postura corporal incorreta, provocando distúrbios osteomusculares, entre outros. Os sujeitos igualmente apontaram a ausência de treinamento específico para o setor como um elemento que dificulta a adaptação ao CME e o desenvolvimento das atividades da área. Concluímos, então, que o desempenho dos profissionais que atuam no CME é satisfatório, embora seja dificultado pelos entraves político-administrativos peculiares às instituições públicas do País.

Entendemos que a Enfermagem procura utilizar conhecimentos específicos para analisar os problemas e experimentar novos métodos por meio da participação dos profissionais e da instituição, sempre no sentido de gerar recursos materiais e tecnologias para um trabalho satisfatório e de qualidade. Considerando os relatos apresentados pelo grupo de estudo e o propósito desta pesquisa, que buscou a obtenção de novos caminhos para compartilhar com os profissionais de Enfermagem que atuam no Bloco Operatório, aproveitamos a oportunidade para apresentar algumas recomendações para o serviço que foi objeto da presente pesquisa, que são pautadas pela integração ensino-serviço:

- elaboração de programas de

orientação inicial para os funcionários recém-admitidos ou remanejados, de modo a facilitar sua adaptação e seu desempenho profissional;

- reunião de todos os esforços para superar as barreiras no sentido de mobilizar recursos para a realização de treinamentos;
- execução do treinamento em horário simultâneo ao do trabalho, sem prejudicar os profissionais e a instituição;
- realização de práticas de exercício no setor, com a finalidade de diminuir o cansaço físico e o estresse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Manual de Acreditação Hospitalar. 2ª ed. Brasília; 1999.
2. Silva A, Bianchi ERF. Estresse ocupacional da enfermeira de Centro de Material. Rev Esc Enferm USP 1992; 26(1): 65-74.
3. Salzano SDT, Silva A, Watanabe E. O trabalho do enfermeiro no Centro de Material. Rev Paul Enferm 1990; 9(3): 103-8.
4. Molina EO. Centro de Material. In: Rodrigues EAC, Mendonça JS de, Amarante JMB. Infecções hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier; 1997. P. 492.
5. Rodrigues AB, Cunha AF, Souza AL, Ribeiro MAC, Arévalo MEA, Fonseca RA. Central de Material Esterilizado: rotinas técnicas. Belo Horizonte: Health; 1995.
6. Gil A. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1995.



Artigo Original
GESTÃO

7. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
8. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Informe Epidemiológico do SUS 1996; 5(2): p. 17-41.
9. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and Suddarth: tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993.
10. Vale EG. Qualidade nos serviços de saúde. In: Anais do 45° Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1994; Recife. Recife: ABEn-Seção-PE; 1994. P. 53-60.
11. Cruzeiro HCS, Araújo, RGN. Cultivando a auto-estima e melhorando as relações interpessoais. Rev SOBECC 2000; 5(2): 12.
12. Moura MLPA. Gerenciamento da Central de Material para enfermeiros: fundamentos teóricos, organizacionais e estruturais. São Paulo: SENAC; 1996.
13. Teixeira EM. et al. Apreciação crítica da profissão de Enfermagem: seu dilema e sua crise existencial. Recife: Rodovinho; 1988.
14. Bergamini CW. Desenvolvimento de recursos humanos: uma estratégia de desenvolvimento organizacional. São Paulo: Atlas; 1999.
15. Guido LA. Acompanhamento ao cliente cirúrgico ambulatorial fundamentado em King: relato da experiência de aplicar um marco conceitual e propor uma assistência de enfermagem alicerçada na perspectiva da humanização. Rev SOBECC 1996; 1(1): 8-13.
16. Vieira E. Recursos humanos: uma abordagem interativa. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde; 1994. Subsistema IV: treinamento e desenvolvimento. P.174-223.
17. Ortiz DCF, Gaidzinski RR. O custo do material de consumo na visão de profissionais de Enfermagem. Nursing (São Paulo) 2000; 2(18): 28-34.

AUTORIA

Gisélia Alves Araújo

Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em João Pessoa (PB); mestranda em Enfermagem de Saúde Pública.

Endereço para correspondência:

Rua Leonelo Pinto de Abreu, 1.652, Cristo, João Pessoa, PB

Tel.: (83) 231-3796 / (83) 8811-4907. E-mail: ga.araujo@uol.com.br

Iolanda Beserra da Costa Santos

Doutora em Ciências da Saúde; enfermeira do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em João Pessoa (PB).

Endereço para correspondência:

Rua José Jardim, 373, Bairro dos Ipês, João Pessoa, PB. CEP: 58028-160

Tel.: (83) 224-4661 / (83) 216-7248. E-mail: iolandabsc@hotmail.com

Elizalva Felix de Oliveira

Especialista em Administração Hospitalar; enfermeira da Escola Técnica da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, em João Pessoa (PB).

Endereço para correspondência:

Rua São Gonçalo, 89, ap. 111, Manaíra, João Pessoa, PB. CEP: 58038-000

Tel.: (83) 247-3013 / (83) 9968-4138. E-mail: elizalva@terra.com.br



Artigo Original
ANALGESIA

DOR EM UTI: PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA QUEIXA DOS PACIENTES

Pain in ICU: Prevalence and Characteristics of the Perception by the Patients

Dolor en UTI: Prevalencia Características de Queja de los Pacientes

Cláudia Cyrene de Souza Meireles • Sabrina Francisca Sena Gomes • Simone Lopes Bezerra
Soraya Corrêa Soares • Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota • Cibele Andrucio de Mattos Pimenta

Resumo – Este estudo, quantitativo e transversal, identificou a prevalência e as características da dor, além do tipo de analgesia utilizado em pacientes de duas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de São Paulo, nas quais avaliamos todos os indivíduos internados durante o período de 42 dias. Realizamos entrevistas com 65 doentes que atenderam aos critérios de inclusão, dos quais 51 (78,5%) referiram dor. Desse grupo, 49 pessoas (77%) relataram o sintoma nas 24 horas anteriores à entrevista, 31 (48%), no momento da abordagem e 30 (46%), nas duas situações. Verificamos que 43% dos pacientes que apresentavam a queixa algica durante a entrevista haviam recebido analgésicos nas seis horas anteriores – portanto, não tinham experimentado alívio mesmo após a administração dos medicamentos. Quanto à intensidade da dor nas últimas 24 horas antes do nosso contato, 23% dos doentes consideraram-na moderada e 41%, intensa. O local da queixa mais mencionado pelos pacientes foi o da intervenção cirúrgica (42%). Constatamos que a dor em UTI é freqüente e de intensidade significativa e que a prescrição de analgésicos se mostra insuficiente.

Palavras-chave – dor aguda; UTI; analgesia.

Abstract – This quantitative and

transversal study identified the prevalence and the characteristics of pain and analgesia of patients from two ICU of Sao Paulo, Brazil. All inpatients during 42 days were assessed. Interviews involved 65 patients who attended the inclusion criteria. Forty nine patients (77%) referred pain 24 hours previous to the interview, 31 (48%) during the interview, 30 (46%) in both moments, and 51 (78.5%) experienced pain in some moment. It was verified that 43% of the patients with pain during the interview received analgesics 6 hours previous to the interview, yet they felt pain. Pain intensity during the 24 hours previous to the interview was moderate for 23% of the patients and severe for 41%. The most frequent local of pain was the region of surgical intervention (42%). It was observed that pain in ICU is frequent, of significant severity and that there is insufficient analgesic's prescription.

Key words – acute pain; ICU; analgesia.

Resumen – Este estudio cuantitativo y transversal identificó la prevalencia y las características del dolor y analgesia en pacientes ingresados en dos UTIs de São Paulo (Brasil). Se evaluó todos pacientes ingresados durante el periodo de 42 días y se realizó entrevistas con

65 que atendieran a los criterios de inclusión. Refirieron dolor 51 (78,5%) enfermos, siendo que 49 (77%) la sintieron en las 24 horas anteriores a la entrevista, 31 (48%) en el momento de la entrevista y 30 (46%) la refirieron en los dos momentos. Se verificó que 43% de los pacientes con dolor durante la entrevista recibieron analgésicos en las 6 horas anteriores, todavía, relataron dolor. La intensidad del dolor en las 24 horas fue moderada para 23 % de los enfermos e intensa para 41%. El sitio más dolorido fue en el local de las cirugías (42%). Se observó que el dolor en UTI es frecuente, de intensidad significativa con insuficiente prescripción de analgésicos.

Palabras clave – dolor agudo, UTI, analgesia.

INTRODUÇÃO

A dor é um sintoma freqüente, associado ao paciente crítico e considerado como um fator complicador do quadro e como fonte de estresse, pelo intenso desconforto que causa, assim como pela maior morbidade e pelo prolongamento do período de recuperação^(1,2). Trata-se de uma experiência multidimensional relacionada com a lesão tecidual e com os aspectos emocionais, socioculturais e ambientais.



Artigo Original ANALGESIA

Possui caráter subjetivo, pois só o indivíduo que tem a queixa sabe descrever o que sente, e atinge a população atendida nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), com destaque para as pessoas provenientes do Centro Cirúrgico após procedimentos de grande porte, que necessitam de monitoramento contínuo.

Estudos indicam que os enfermeiros e médicos das UTIs falham na tentativa de aliviar a dor, freqüentemente pela má avaliação de sua presença e magnitude, pela inadequada comunicação com o paciente, pelas crenças e experiências pessoais da equipe de saúde sobre o manejo da dor, pela documentação ineficiente da queixa dolorosa e pela utilização de terapêutica inadequada, apesar de estar estabelecida a necessidade de avaliação contínua e analgesia de horário^(3,4). Convém salientar ainda que a linguagem não-verbal do paciente, a exemplo de expressão facial, movimentos das mãos, choro ou gemidos, além das alterações do sistema simpático, como taquicardia, sudorese e hipertensão, geralmente não são validadas ou interpretadas como possíveis manifestações dolorosas^(4,6).

Reconhecendo a importância do tema, o presente trabalho objetivou identificar a prevalência e as características da dor, assim como o tipo de analgesia utilizado em pacientes internados em UTI.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Na prática, realizamos uma pesquisa quantitativa de delineamento transversal. Os campos de estudo foram a UTI do Instituto de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da USP, com seis leitos, e a UTI adulto do Hospital Alvorada, com dez leitos, ambas em São Paulo. A coleta de dados ocorreu durante 42 dias consecutivos, no período de 27 de setembro a 7 de novembro de 2004, tendo sido iniciada após a autorização das comissões de ética em pesquisa das instituições de saúde envolvidas.

A população da iniciativa reuniu os pacientes que estavam nas UTIs mencionadas e atendiam aos seguintes critérios de inclusão: estar internado na Unidade de Terapia Intensiva por qualquer motivo há, no mínimo, 12 horas no período de coleta de dados, apresentar escore igual a 15 na Escala de Coma de Glasgow e ter capacidade de se comunicar verbalmente. Os sujeitos receberam orientações quanto aos objetivos do estudo e, após terem concordado em participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento informado.

Os pacientes que corresponderam aos critérios de inclusão foram

entrevistados uma única vez. Para tanto, utilizamos um instrumento de coleta de dados composto de questões relacionadas com os aspectos demográficos, com a caracterização do local da dor e de sua intensidade – por meio de uma escala numérica de 0 a 10 – e com a descrição dos analgésicos prescritos e recebidos. Indagamos de cada indivíduo a intensidade da pior dor, caso fosse mencionado mais de um local dolorido, e a presença e a intensidade desse sintoma no momento da entrevista e nas 24 horas anteriores. A queixa recebeu a classificação de ausente (escore 0), leve (escore de 1 a 3), moderada (escore de 4 a 7) e intensa (escore de 8 a 10). Por sua vez, as informações relacionadas com a analgesia foram obtidas dos prontuários.

Após a coleta, organizamos os dados no Excel Microsoft® e os analisamos de modo descritivo.

RESULTADOS

Dos 110 pacientes internados nas UTIs no período da coleta de dados, 45 foram excluídos por não terem atendido aos critérios de inclusão. Da amostra de 65 pacientes, 60% eram do sexo feminino. A faixa etária predominante foi de 22 a 59 anos (60%), com média de idade de 52 anos (DP = 18 anos, mediana = 51 anos e variação entre 16 e 87 anos). Os analfabetos funcionais, com até seis anos de escolaridade, representaram 46% da população. O restante possuía segundo grau completo (39%) e nível superior (15%). A média de escolaridade ficou em sete anos (DP = 5 anos, mediana = 8 anos e variação entre 0 e 19 anos).

Nas UTIs estudadas, houve predomínio de pacientes pós-cirúrgicos (49%) e de pessoas com complicações cardiovasculares (37%), com média de tempo de internação de 26 horas no ato da nossa abordagem (DP = 20 horas, mediana = 20 horas e variação entre 12 e 144 horas).

Tabela 1 – Distribuição da população segundo a queixa de dor, na UTI, no momento da entrevista e nas 24 horas anteriores. São Paulo, 2004.

	Dor no momento da entrevista					
	Sim		Não		Total	
Dor nas últimas 24 horas	N	%	N	%	N	%
Sim	30	46	20	31	50	77
Não	1	2	14	21	15	23
Total	31	48	34	52	65	100

A tabela 1 mostra a ocorrência de dor entre os pacientes estudados. É possível observar que a prevalência do sintoma nas 24 horas que antecederam a entrevista foi de 77% e que a maioria dos indivíduos (46%) sentia dor tanto no momento desse contato quanto nas 24 horas prévias.

Por sua vez, a tabela 2 apresenta a intensidade da dor, cuja média, na hora da entrevista, foi de 5,4 (DP = 1,3, mediana = 16,3 e variação de 1 a 10) e, 24 horas antes, de 6,4 (DP = 1,6, mediana = 7,0 e variação entre 1 e 10).

Tabela 2 – Distribuição da população segundo a intensidade da dor no momento da entrevista e nas 24 horas anteriores. São Paulo, 2004.

Intensidade da dor na entrevista	N	%	Intensidade da dor nas 24 horas anteriores		
			N	%	
Leve 1-3	9	14	6	7	
Moderada 4-7	13	20	16	25	
Intensa 8-10	12	19	27	43	
Ausente	31	47	16	25	
Total	65	100	65	100	

A tabela 3 permite constatar que o local de dor mais referido pela população durante nossa abordagem foi o relacionado com a intervenção cirúrgica (42%), seguido pelo tronco (39%). Além disso, os pacientes apontaram, em primeiro lugar, o tronco como a região em que o sintoma se mostrou mais intenso (escore médio = 8,5) e, em segundo lugar, a cabeça (7,3). Já o local da intervenção teve intensidade de dor igual a 6,8.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes com dor (n = 31) segundo o local do sintoma, no momento da entrevista, e sua intensidade. São Paulo, 2004.

Local de pior dor no momento da entrevista	N	%	Média de escore			
			DP	Mediana	Variação	
Cabeça	1	3	5			
Tronco	12	39	7	2,2	7,5	De 3 a 10
MMSS	3	9,5	7	2,6	6	De 5 a 10
MMII	2	6,5	4	4,2	4	De 1 a 7
Região cirúrgica	13	42	5,5	3	6	De 1 a 10
Total	31	100	5,4	1,3	6	De 1 a 10

A prescrição de analgesia, considerando-se apenas quem sentia dor no ato da entrevista, está descrita na tabela 4. Dos indivíduos desse grupo (48%), 44,5% possuíam analgésico prescrito e 3,5% não possuíam tal prescrição. Já entre a população que não apresentava queixa dolorosa no momento do nosso contato (52%), 30,5% dos pacientes tinham medicamento prescrito e 21,5%, nenhuma recomendação nesse sentido.

Tabela 4 – Distribuição da população segundo a presença de dor e a existência de prescrição médica de analgésico. São Paulo, 2004.

Pior dor no momento da entrevista	Analgésico prescrito				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Sim	29	44,5	2	3,5	31	48
Não	20	30,5	14	21,5	34	52
Total	49	75,0	16	25,0	65	100

A tabela 5 apresenta o recebimento ou não-recebimento de analgesia nas seis horas anteriores às entrevistas, de acordo com a presença de dor. Observamos que 31 pacientes relataram o sintoma (47,5%) e que, desse grupo, 28 (43%) receberam analgésicos, embora tenham permanecido com a queixa, enquanto três nem sequer foram medicados. Para esses 31 doentes, a prescrição analgésica mostrou-se inadequada. Por outro lado, 13 indivíduos receberam analgésicos e referiram ausência de dor e outros 21 não foram medicados porque não tinham queixa algíca. A prescrição, portanto, correspondeu às necessidades desses 34 doentes.

Tabela 5 – Distribuição da população segundo a presença de dor e o recebimento de analgésico nas seis horas que antecederam a entrevista. São Paulo, 2004.

Dor no momento da entrevista	Analgésico recebida nas últimas seis horas				Total N %
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Sim	28	43	3	4,5	31 47,5
Não	13	20	21	32,5	34 52,5
Total	41	63	24	37	65 100

Por fim, a tabela 6 mostra os tipos de analgesia prescritos. Os medicamentos utilizados foram analgésicos simples ou anti-inflamatórios não-hormonais (AINH) (n = 9; 14,0%), opióides fracos e fortes (n = 7; 10,5%) e prescrições mistas, compostas de opióides e AINH (n = 33; 51,0%).

Tabela 6 – Caracterização dos analgésicos prescritos para os pacientes das UTIs. São Paulo, 2004.

Analgésicos	N	%
Analgésicos simples ou AINH	9	14
Opióides (fracos e fortes)	7	10,5
Prescrições mistas	33	51
Sem analgesia prescrita	16	24,5
Total	65	100



Artigo Original
ANALGESIA

DISCUSSÃO

Apesar do grande progresso no conhecimento da fisiopatologia dolorosa e da tecnologia para seu controle, a dor ainda é inadequadamente aliviada no pós-operatório de modo geral, especialmente nos pacientes de UTI, que é ocupada por doentes cirúrgicos em grande parte. O presente estudo também evidenciou esse fato, já que a maioria dos participantes havia se submetido a intervenções relacionadas com o sistema musculoesquelético, estruturas sabidamente muito dolorosas. Para completar, nas Unidades de Terapia Intensiva, os indivíduos são alvo de procedimentos invasivos, estão sujeitos ao estresse decorrente da doença e do ambiente e, muitas vezes, vivenciam dor mal controlada.

Assim sendo, pudemos observar, nesta pesquisa, a alta prevalência de queixa algica, que foi de 77% nas últimas 24 horas antes da entrevista, a magnitude da queixa, já que 68% dos doentes referiram dor de intensidade moderada a intensa, e o inadequado tratamento, uma vez que, em 47,5% dos casos, o sintoma não foi devidamente aliviado.

Além disso, cerca da metade dos doentes sentiu dor de modo continuado, isto é, relatou o problema no ato da entrevista e antes desse contato, durante as últimas 24 horas. Comparando os dados deste estudo com os apresentados por Pimenta⁽⁶⁾, percebemos que mais de dez anos de esforços para a melhoria da educação nesse tema ainda não surtiram efeito significativo na vida dos pacientes críticos.

Dos indivíduos que sentiam dor no momento da entrevista, 44,5% possuíam analgésico prescrito e 43% receberam o medicamento nas seis horas anteriores. Dos pacientes que apresentavam dor nas últimas 24 horas antes da nossa abordagem, 58,5% tinham analgesia prescrita e 52,5% foram medicados seis horas antes do nosso contato. Tais dados parecem alentadores, pois a porcentagem de doentes aos quais os analgésicos foram administrados é bastante elevada. No entanto, quando analisamos a tabela 5, notamos que 31 pacientes não tiveram sua dor controlada, ou porque a prescrição mostrou-se inadequada (28), já que não houve alívio total do sintoma, ou porque não receberam medicamentos (3).

A inadequação da prescrição analgésica pode ser observada na tabela 6. É possível notar que, em cerca de 50% dos casos, ou não havia medicações prescritas ou a estratégia consistia apenas na administração isolada de analgésicos simples/AINH ou de opióides. A associação entre medicamentos foi realizada

somente na outra metade dos pacientes. Ocorre que o adequado tratamento da dor requer o uso de intervenções múltiplas, como a combinação de AINH e opióides, que produz um efeito sinérgico, dada a variedade de vias e fatores que influenciam na experiência dolorosa⁽⁷⁾.

A avaliação da dor de modo sistematizado é igualmente fundamental para seu controle. Neste estudo, investigamos a presença dessa queixa durante nosso contato com os pacientes e nas 24 horas anteriores. A menor ocorrência do sintoma na hora da entrevista (48%) em relação às últimas 24 horas (77%) antes da nossa abordagem se deve ao fato de o período de um dia oferecer um número maior de oportunidades para que o doente vivencie a dor, em comparação com um momento pontual, como foi o da entrevista.

As falhas na avaliação padronizada da dor, ora insuficiente, ora ausente, vêm sendo apontadas como uma das causas do controle inapropriado do sintoma. A equipe de Enfermagem, pela convivência diuturna com os pacientes, tem atuação fundamental na identificação e na caracterização dos quadros dolorosos e na análise da resposta do doente à terapia algica instituída. Acredita-se que o enfermeiro deva estar apto para avaliar e intervir, buscando o benefício do indivíduo no tratamento de sua queixa. Em síntese, o controle da dor no pós-operatório conta com uma grande variedade de analgésicos e com tecnologia avançada, não havendo razão científica para o paciente permanecer com o sintoma doloroso não controlado.

CONCLUSÃO

Observamos alta prevalência de dor nas 24 horas que antecederam a entrevista (77%) e no momento desse contato (48%). O local mais freqüente de queixa foi o relacionado com a incisão cirúrgica (42%). O sintoma se apresentava moderado (20%) no decorrer da nossa abordagem e intenso (43%) nas 24 horas anteriores. Dos pacientes que sentiam dor durante a coleta de dados, 3,5% não tinham analgésico prescrito e 44,5% possuíam prescrição. Destes, 43% receberam o medicamento, porém o alívio observado se mostrou insatisfatório. Quanto à terapia analgésica, notamos que a administração mista de medicamentos sobressaiu entre as demais (51%). No total, a manifestação dolorosa foi bem controlada em apenas 52% dos casos, o que nos leva a concluir que há ainda muito a ser feito para o adequado tratamento da dor em doentes internados em UTI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL, Thompson CJ. Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. *J Pain Symptom Manage* 1998; 16(1): 29-40.
2. Pimenta CAM. Aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionados com a dor no câncer. [Tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1995.
3. Marlies EJ, Frits SAM. A pain monitoring program for nurses: effects on communication, assessment and documentation of patients' pain. *J Pain Symptom Manage* 2000; 20(6): 424-39.
4. Shannon K, Bucknall T. Pain assessment in critical care: what have we learned from research. *Intensive Crit Care Nurs* 2003; 19(3): 154-62.
5. Novaes MA, Knobell E, Bork AM, Pavão OF. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Med* 1999; 25(12): 1421-6.
6. Pimenta CAM, Koizumi MS, Ferreira MTC, Pimentel ILC. Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. *Rev Paul Enferm* 1992; 11(1): 3-10.
7. Pimenta CAM. Dor: manual clínico em Enfermagem. São Paulo: [s.n.]; 2000.

AUTORIA

Cláudia Cylene de Souza Meireles

Enfermeira; especialista em Enfermagem em Cuidados Intensivos.

Sabrina Francisca Sena Gomes

Enfermeira; especialista em Enfermagem em Cuidados Intensivos.

Simone Lopes Bezerra

Enfermeira; especialista em Enfermagem em Cuidados Intensivos.

Soraya Corrêa Soares

Enfermeira; especialista em Enfermagem em Cuidados Intensivos.

Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota

Enfermeira; mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto; doutoranda em Enfermagem na Saúde do Adulto pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP); bolsista da Capes.

Cibele Andrucio de Mattos Pimenta

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

Endereço para correspondência:

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, São Paulo, SP

CEP: 05403-000

Tel.: (11) 3066-7544

E-mail: parpca@usp.br

TEMOS UMA IMPORTANTE NOVIDADE PARA VOCÊ.

Investir na excelência de seus produtos é uma das principais características da **Labnews**, que acaba de incorporar em sua linha de produtos para limpeza e conservação, um novo lacre de segurança.

Este novo lacre é confeccionado em alumínio selando a boca das embalagens e, aliado ao lacre da tampa, elimina a possibilidade de vazamentos e contaminações, oxidações e furto, garantindo a integridade do produto original.

A **Labnews** é a primeira fabricante nacional, na área de detergentes hospitalares, a ter em sua linha de produtos, uma dupla proteção, com o lacre plástico da tampa e o lacre de alumínio na boca dos galões.

Acesse www.grupoldm.com.br e conheça nossa linha de produtos para limpeza, desinfecção e esterilização.



EXCLUSIVO LACRE DE SEGURANÇA



Labnews
indústrias químicas



Av. Lacerda Franco 172 - Cambuci - CEP 01536-000 - São Paulo - SP
PABX (11) 3275.1166 www.grupoldm.com.br