

ANA CLÁUDIA KÜMMEL FERREIRA ALVES

**SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SUBMETIDOS A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
ELETIVO NA ATENÇÃO À DOR AGUDA**

Trabalho de Conclusão de Curso para a
obtenção do título de Enfermeiro da Escola
de Enfermagem da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa Dra Êrica Mallmann Duarte

Porto Alegre

2011

ANA CLÁUDIA KÜMMEL FERREIRA ALVES

**SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SUBMETIDOS A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
ELETIVO NA ATENÇÃO À DOR AGUDA**

Trabalho de Conclusão de Curso para a obtenção do título de Enfermeiro da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 5 de janeiro de 2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a graça e a bondade de meu Deus, pois, sem Ele, nada eu poderia ter feito;

Agradeço a ajuda prestativa e a atenção de minha orientadora Êrica, pelo carinho e paciência com que sempre me acolheu;

Agradeço a minha mãe Regina pelo amor, apoio e estímulo em todos os momentos.

RESUMO

Estudo de Caso que teve como objetivo de avaliar a satisfação do usuário, submetido à cirurgia bariátrica, em relação à atenção dada a sua dor durante a internação cirúrgica. Os dados coletados foram retirados de duas perguntas, respondidas, pelos usuários, na admissão (expectativa), alta (experiência da internação) e pelo Índice de Manejo de Dor (IMD) registrado nas folhas de enfermagem e prescrição médica. O grupo foi composto de 18 usuários internados no período de três de agosto a três de novembro de 2011. Os resultados apresentaram que a XX (13) saíram satisfeitos da experiência de internação, entretanto todos tiveram o índice de manejo de dor (IMD) atendido de forma adequado, 50% das vezes que foram medidos. Ao se fazer uma análise das notas dadas pelos usuários na admissão (expectativa), alta (experiência da internação) e dos IMD não se conseguiu relacionar que o manejo da dor inadequado tenha contribuído com as alterações das notas. Constatou-se que a inclusão do atributo expectativa na avaliação de serviços contribuiu para a instituição conhecer melhor a qualidade do serviço oferecido.

Descritores:

Satisfação de Usuários – Medição da Dor - Cirurgia Bariátrica

ABSTRACT

Case Study with the objective of evaluating user satisfaction, submitted to bariatric surgery, in relation to the attention to their pain during hospitalization. Collected data were taken from two questions, answered by the users of the study, on admission (expectation), and hospital discharge (hospitalization experience) and the Pain Management Index (PMI), registered in the sheets of nursing and medical prescription. The sample consisted of 18 users hospitalized from August 3 to November 3, 2011. The results were: 13 users felt satisfied, and of these, 12 kept their notes in ten (10), and one change of nine (9) to ten (10); five felt dissatisfied, and all altered their notes for less, however all have adequate PMI in most cases of the evaluation; one user had the appropriate PMI every time he was evaluated; 17 users, satisfied or not, have 50% of the time the PMI inappropriate. In making an analysis of the notes on admission (expectation) and discharge (hospitalization experience) and of the PMI could not relate that pain management may have contributed to changes in the notes. It was found that the inclusion of the attribute expectation in the evaluation of services contributed to the institution better understanding their service.

Descriptors:

Patient Satisfaction – Pain Measurement – Bariatric Surgery

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 OBJETIVOS	10
1.1 OBJETIVO GERAL	10
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS	11
2.2 MANEJO DE DOR AGUDA PERIOPERATÓRIA	12
2.3 CIRURGIA BARIÁTRICA	16
3 MÉTODOLOGIA	20
3.1 TIPO DE ESTUDO	20
3.2 LOCAL	20
3.3 POPULAÇÃO	20
3.4 AMOSTRA DO ESTUDO.....	21
3.4.1 Critérios de Inclusão	21
3.4.2 Critérios de Exclusão	21
3.5 COLETA DE DADOS	21
3.6 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	22
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	22
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	23
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	23
4.2 RESULTADO DA FREQUÊNCIA DE MEDIÇÃO DO IMD NOS USUÁRIOS AVALIADOS DURANTE A INTERNAÇÃO	24
4.3 RESULTADO DAS NOTAS ATRIBUÍDAS PELOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO À SUA DOR NA ADMISSÃO (EXPECTATIVA) E NA ALTA (EXPERIÊNCIA DA INTERNAÇÃO)	25
4.4 COMPARAÇÃO ENTRE O IMD E AS NOTAS ATRIBUÍDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA NA ADMISSÃO E ALTA HOSPITALAR	26
4.5 DISCUSSÃO	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	34
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	37
APÊNDICE C – OPINIÃO DO USUÁRIO	38

ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS	39
ANEXO B – APROVAÇÃO COMPESQ/EENF	40
ANEXO C – APROVAÇÃO CEP/HCPA	41

INTRODUÇÃO

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos foram descritos os princípios da humanização que estão fundamentadas na noção de dignidade e igualdade de todos os seres humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

No final da década de 1990, o conceito de humanização, foi estabelecido como princípio de programas da área de saúde, no setor público brasileiro, sendo um deles o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde – PNHAH (BRASIL, 2001).

O PNHAH surgiu como uma tentativa para o enfrentamento dos problemas relativos à má qualidade nas áreas de atendimento à saúde. De 2000 a 2002 o Programa iniciou ações nos hospitais, com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade do cuidado aos usuários e, mais tarde, para saúde do trabalhador. Ele contém como uma das suas avaliações periódicas, a satisfação dos usuários e de seus profissionais envolvendo três aspectos: 1) capacitação dos profissionais e a sua participação na identificação de melhorias dos serviços; 2) criação de condições para participação ativa dos pacientes na qualidade desses; e 3) participação da comunidade organizada junto aos agentes públicos no apoio e acompanhamento dos serviços realizados. O programa também afirma que:

Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (BRASIL, 2001, p.7).

Entende-se, portanto que a humanização em saúde, no que diz respeito às políticas públicas, refere-se a transformações dos modelos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, apontando para a necessária construção de novas relações entre usuários e profissionais da área da saúde.

Sem dúvida tanto o crescente entendimento dos direitos de cidadania quanto à inclusão de recomendações, programas e leis têm permitido que as instituições de saúde aprimorem os seus processos de avaliação na qualidade do serviço por eles ofertados.

A qualidade possui atributos e um deles é a satisfação dos clientes/usuários¹ que vem sofrendo modificações na forma como está sendo medida, principalmente pela inclusão dos Direitos Universais do Homem e pelas legislações que o amparam (DUARTE, 2009).

Os órgãos reguladores e as instituições de saúde reconhecem a satisfação dos usuários como um indicador significativo de qualidade em saúde. Portanto, desenvolver uma medida exata de satisfação revela muitos aspectos do cuidado recebido pelo paciente nas dimensões técnicas, interpessoais, sociais e morais (ARROYO, 2007).

Durante minha graduação realizei os estágios hospitalares nas unidades de internação clínica e cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Essas vivências oportunizaram-me verificar que pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos nem sempre desfrutavam de uma recuperação conforme o esperado no período pré-cirúrgico. Entre essas vivências, observei que algumas pessoas sofriam de dores mais fortes do que o esperado, enquanto outras negavam sentir dor mesmo após serem submetidos a cirurgias de alta complexidade.

Existem vários modelos que medem a satisfação de usuários, mas todos têm como pressuposto as percepções do paciente em relação às suas expectativas, valores e desejos (DUARTE, 2009 apud WILLIAMS, 2001).

A categoria de expectativa começou a ser usada, em avaliações de satisfação e, segundo Staniszewska e Ahmed (1999) ela é uma medida que pode variar em tipos, valores (positivos e negativos) e que podem se modificar ao longo do cuidado recebido.

No período de internação, a expectativa que o indivíduo tem em relação à hospitalização, ao tratamento e à qualidade do cuidado é um fator que pode repercutir na assistência que virá receber (OLIVEIRA; GUIRARDELLO, 2006).

A expectativa dos usuários em relação à dor é variável, assim como alguns a consideram normal, esperando e aceitando a sensação dolorosa, outros a vêem de forma anormal, não a aceitando (DUARTE, 2009 apud PEREIRA; ZAGO, 1998).

No entanto, os efeitos do gerenciamento inadequado da dor são bem mais traiçoeiros e incluem não só sofrimento humano desnecessário, como também

¹ Neste estudo será utilizado o termo "usuário" para identificar a pessoa que participou do estudo. Para Esperidião e Trad (2006) a utilização desse termo, colocado no campo da saúde, incorpora noções de cidadania, pressuposta pela idéia de direito social.

demora na cura, interferência nas atividades cotidianas, e maiores custos com hospitalizações longas ou repetidas (DUARTE, 2009 apud SHERWOOD; McNEILL; STARCK, 2004).

No HCPA a Dor tem sido motivo de atenção, tanto nas pesquisas como no processo de cuidado. Numa retrospectiva histórica da instituição, em 1975, foi criado o ambulatório do Serviço de Dor Crônica e Medicina Paliativa sob a coordenação da Professora Médica Miriam Marteleite. Em 1988 foram criados o Programa de Atendimento a Dor Pós-Operatória e Evento Adverso Perioperatório (CPA), pelo Serviço de Anestesia chefiado pela Professora Helena Arenson-Pandikow. No ano de 2001 as Enfermeiras da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) tiveram a iniciativa de implantarem a avaliação da dor, incluída como 5º Sinal Vital, sendo as responsáveis a Professora Vera Portella e a Enfermeira Simone Pasin, na época Chefas de Serviço e Unidade respectivamente. A partir de 2006 outras unidades, da instituição, por iniciativas dos enfermeiros, aderiram à avaliação da dor para os pacientes lá atendidos.

Em 2008 sendo bolsista do Serviço de Anestesia do HCPA tomei contato com a elaboração de um estudo, que mais tarde, finalizou na tese de doutorado intitulada “Modelo sistêmico de avaliação de desempenho hospitalar por meio de indicadores assistenciais: o caso do indicador de atenção à dor aguda no perioperatório”. Essa tese desenvolveu quatro indicadores de Atenção à Dor Aguda em pacientes submetidos à colecistectomia, sendo um desses indicadores ‘Expectativa do Usuário na Atenção à Dor Aguda Perioperatória’ (DUARTE, 2009).

Nesta etapa surgiu a seguinte questão: É possível conhecer a satisfação de usuários, relacionados à atenção dada a sua dor, em instituições hospitalares, a partir das expectativas e das experiências das pessoas durante a internação? As expectativas mudam após o cuidado recebido nas instituições?

As reflexões sobre o tema, as experiências da pesquisadora e a necessidade da elaboração de um trabalho de conclusão de curso, deram origem à realização desta pesquisa que buscou conhecer a satisfação de usuários, submetidos a procedimento de Cirurgia Bariátrica, em relação à atenção dada à sua dor, no período da internação hospitalar.

2 OBJETIVOS

Para desvelar as indagações propostas à pesquisadora teve como objetivos:

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a satisfação do usuário submetido à cirurgia bariátrica em relação à atenção dada a sua dor.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Medir o índice de manejo de dor dos usuários na internação;
- b) Comparar a nota da expectativa da atenção dada a sua dor antes da cirurgia, com a nota da experiência de atenção à dor informada na alta hospitalar.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O estudo está apoiado em três áreas de conhecimento que serão revisadas a seguir, são elas: Satisfação de Usuários em atendimentos de serviços de saúde, o Manejo de Dor Aguda Perioperatória e Cirurgia Bariátrica.

O conceito de satisfação utilizado, nesta pesquisa, se refere às dimensões de cuidado a saúde, envolvendo desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações e dos profissionais de saúde, acrescido dos aspectos não médicos do cuidado.

As pesquisas de satisfação em saúde iniciaram na década de 1950 e desde então vem sofrendo alterações a partir das mudanças que ocorreram no mundo das áreas econômicas, política e social. Para Vaitsman e Andrade (2005) a metodologia, o tipo de pergunta, de escala utilizada, bem como a forma exata de avaliá-las são aspectos importantes a serem consideradas nas pesquisas de satisfação.

A inclusão dos usuários tem sido um critério importante, nas últimas décadas, para avaliar a qualidade do cuidado nos serviços de saúde. Essas avaliações têm sido realizadas, sobretudo, por meio da categoria de aceitabilidade, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações dos pacientes e familiares (OLIVEIRA; GUIRARDELLO, 2006; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Parente (2000) refere que o grau de satisfação depende da diferença entre o serviço real prestado e o serviço esperado. Sendo o grau satisfeito, definido quando o serviço real é mais do que o esperado; o grau insatisfeito, quando o serviço real é menor que o esperado; e, o grau nem satisfeito nem insatisfeito, quando o serviço equivale ao esperado.

Desta forma podemos imaginar que à medida que são apresentados melhores serviços, as expectativas dos indivíduos mais se elevam.

Dos dois estudos que foram analisados, para essa pesquisa, destacaram a importância de se conhecer a satisfação do cidadão que está sendo atendido em serviços de saúde, bem como os fatores que influenciam o seu nível de satisfação, estabelece um elo de confiança com quem cuida e conseqüentemente estabelecer uma avaliação positiva do cuidado que recebe; e, dessa forma a inclusão da palavra dos usuários como indivíduo/cidadão os colocaram em uma posição de destaque

político, social e simbólico (OLIVEIRA; GUIRARDELLO, 2006; VAITSMANN; ANDRADE, 2005).

Já no estudo de Esperidião e Trad (2006), no qual os autores desenvolveram uma análise crítica sobre o tema satisfação de usuários, eles encontraram, nas literaturas pesquisadas, fragilidades nos modelos teóricos existentes, não apresentando consistência, segundo eles, devido à complexidade do tema. Entretanto em suas considerações finais os autores refletem que avaliação da satisfação de usuários aplicados na área da saúde deve ser valorizada nas relações interpessoais no âmbito da saúde e principalmente como instrumento de controle social.

Portanto, independentemente da consistência ou não dos modelos teóricos de avaliação de satisfação ou expectativa dos usuários, nenhuma literatura exclui a necessidade de se ter à avaliação dos serviços, sem a presença do usuário. E se referindo a Dor a expectativa dos pacientes é variável, assim como alguns a consideram normal, esperando e aceitando a sensação dolorosa, outros pacientes a vêem de forma anormal, não a aceitando (PEREIRA; ZAGO, 1998).

A Dor tem sido definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável que está associada a lesões reais ou potenciais; é o que o indivíduo que a sente diz ser e existe quando a pessoa que a sente diz existir; e, é um evento que só pode ser descrito por quem a sente, por possuir características subjetivas e individuais (McCAFFERY; BEEBE, 1989; IASP; 1994; McCAFFERY; PASERO, 1999).

Pode ser classificada quanto a sua temporalidade em aguda e crônica, sendo que a dor aguda tem um início súbito e quase sempre está associada a uma lesão específica. Possui uma durabilidade que se estende de segundos a seis meses, podendo ou não necessitar de tratamento. Em geral, serve como alerta, fazendo a pessoa perceber algum comprometimento ou lesão existente, e serve de ensinamento para que situações similares sejam evitadas posteriormente (SBED, 2011a).

Confirmando a dor como um evento multifatorial, a genética, o gênero, a idade e a história pessoal, os tipos de ferimento ou condição dolorosa, a fase de cicatrização das lesões, as respostas ao estresse pré-existentes, as morbidades associadas e o contexto cultural são fatores que aumentam as diferenças individuais à dor, ao seu manejo e as respostas aos medicamentos analgésicos. Fatores

psicológicos, tais como expectativas, depressão e ansiedade ou medo também podem agravar a expressão, a duração e a intensidade da dor. As crenças pessoais e o significado individual do evento ou condição dolorosa podem exacerbar a dor. Pessoas que exageram os aspectos negativos ou o impacto das lesões podem sentir dores mais intensas que outras (SBED, 2011b).

O controle da dor e o alívio do sofrimento das pessoas internadas ou em tratamento ambulatorial são de responsabilidade dos profissionais da área de saúde, entretanto a falta de conhecimento a respeito de doses eficazes, tempo de ação dos analgésicos, técnicas analgésicas disponíveis, e tantos outros desconhecimentos têm sido relatados, na literatura especializada, que a dor além de ser subtratada é um sintoma freqüente no ambiente hospitalar (SBED, 2011a).

Colaborando no controle desse evento a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, referiu no seu 2º princípio, no item IV, que “o usuário deve ter o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada bem como as medicações e procedimentos que possam aliviar a sua dor e seu sofrimento” (BRASIL, 2006, p.4).

É importante destacar que apesar de a dor ser um sintoma individual e subjetivo, se avaliada e registrada como um sinal vital e em intervalos sistemáticos, possibilita a terapia adequada e eleva o grau de satisfação da pessoa que está sendo cuidada. Já existe evidência que a inexistência da mensuração da intensidade da dor impossibilita o seu tratamento pela ausência de um parâmetro, que sirva de base da avaliação da eficácia da conduta terapêutica (DUARTE, 2009 apud MULARSKI et al., 2006; ROTH et al., 2005; SOUZA, 2002).

As instituições que dão atenção e cuidam adequadamente da dor de seus usuários estão atentos para melhoria da qualidade de seus processos e também promovendo a humanização no seu atendimento. Essas ações constituem, hoje, uma busca indispensável para qualquer instituição que deseja alcançar um padrão mínimo às práticas de qualidade como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários (SBED, 2011b).

A dor pós-operatória resulta de diversos fatores que influenciam na sua intensidade, qualidade e duração como: local e duração do procedimento cirúrgico; tipo e extensão da incisão; perfil psicológico e fisiológico do paciente; expectativas do paciente com o procedimento e suas experiências com relação à dor; preparo pré-operatório, conduta anestesiológica perioperatória; complicações cirúrgicas,

qualidade da assistência pós-operatória; e analgesia preventiva (DRUMMOND, 2000).

Em curto prazo, a dor aguda cirúrgica não aliviada cria sofrimento desnecessário, coloca as pessoas em risco de aumentar a morbidade e mortalidade pós-operatória, e aumenta o tempo de internação e os custos do atendimento (SBED, 2011a).

O manejo inadequado e incontrolado da dor aguda causa mais do que apenas desconforto, pois quando não manejada adequadamente, pode evoluir para dor crônica. Em 10 a 15% de usuários submetidos a procedimentos cirúrgicos comuns a dor persistente decorre da dor aguda pós-operatória, e destes entre 2 a 20% terão dor crônica intensa. Evidências atuais sugerem que dor aguda pós-operatória mal manejada é uma das causas de dor crônica pós-operatória (DCPO) (SBED, 2011b).

O manejo adequado ao tratamento da dor no pós-operatório não é apenas uma questão fisiopatológica, é também uma questão ética e econômica. Controlar a dor evita sofrimento desnecessário, proporciona maior satisfação da pessoa com o atendimento e reduz os custos relacionados a possíveis complicações, que podem determinar maiores períodos de internação (PIMENTA, 2001).

Em estudo sobre a avaliação de doentes em pós-operatório, de cirurgia cardíaca e abdominal, observou-se que todos os doentes tinham algum analgésico prescrito em regime 'se necessário', mas cerca da metade não o havia recebido, e mesmo os que haviam recebido analgesia permaneceram com dor (SBED, 2011b). Outro estudo realizado, em unidades de internação, num hospital geral onde foram avaliadas a dor e a satisfação com a analgesia, de 110 doentes, no pós-operatório imediato, agrupados de acordo com o porte da cirurgia e avaliados três vezes ao dia, os resultados foram: 1) entre os que se submeteram as cirurgias de grande porte, 97,6% referiram dor; 2) no pós-operatório imediato a dor foi descrita como intensa por 38,7% das pessoas; 3) das incapacidades advindas da dor: 82,6% tiveram dificuldade em se mexer na cama, 56,8% referiram dificuldade na respiração profundamente, 45,2% relataram prejuízo do sono, 25,2% informaram prejuízo para andar e 21,3% afirmaram que a dor atrapalhou o apetite; 4) na análise das prescrições analgésicas: 97,6% possuíam prescrição de antiinflamatórios não hormonais, 19,5% eram morfínicos fracos e 21,9% representaram os potentes; 5) o regime de administração foi 'se necessário' na quase totalidade das vezes; 6) quando inquiridos sobre a satisfação com a analgesia: 67,4% dos usuários

informaram estar pouco satisfeitos ou insatisfeitos com a analgesia recebida (PIMENTA, 2001).

A avaliação da eficácia do tratamento analgésico é medida através do Índice de Manejo da Dor (IMD) proposto por Cleeland (1994). Este índice é retirado da equação $IMD = PA - ID$, onde PA é o potencial analgésico prescrito e ID a intensidade de dor relatado pelo paciente.

A Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), no ano de 1996, no que se refere à política de controle a dor, propôs como estratégia, para melhorar os resultados do tratamento analgésico, a inclusão da avaliação da intensidade da dor (ID), como o 5º sinal vital ao lado da pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura corporal. A inclusão da ID, aos tradicionais sinais vitais, assegura a todos os usuários, com dor, acesso a intervenções da mesma forma como são realizadas nas alterações dos outros sinais vitais (SBED, 2011a).

O valor do PA é dado pelos níveis da escada analgésica da OMS² (1986) onde: zero (0) sem medicamento analgésico prescrito; um (1) para medicações não-opioides, que são os antiinflamatórios não-esteróides (aspirina, cetominofen, dipirona, fenilbutazona, etc); dois (2) para opioides fracos prescritos (codeína, tramadol, propoxifeno, etc); e três (3) para opioides fortes prescritos (morfina, metadona, meperidina, fentanil, etc) (WHO, 2011).

Já intensidade da dor (ID) reportada pelo paciente é classificada em uma escala de 0 -10 nas seguintes categorias: sem dor é zero (0); dor leve de 1-3 (1); dor moderada de 4-7 (2); dor intensa de 8-10 (3) (CHAVES; PIMENTA, 2003).

Quando se aplica a equação do IMD para avaliar o manejo da dor, encontramos a seguinte classificação: Zero (0) é ausência de dor; menos um (-1) dor leve; menos dois (-2) dor moderada, e menos três (-3) dor intensa. A terapêutica analgésica estará adequada quando encontrarmos zero ou um como resultado da equação (CHAVES; PIMENTA, 2003).

Nas cirurgias, como todo procedimento invasivo, há ocorrência de reação inflamatória acompanhada de dor que é provocada pela incisão cirúrgica, pela manipulação de vísceras e de órgãos, pela colocação do paciente em posição

² A Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde, em 1986, foi a primeira guia para sistematizar o tratamento da dor no câncer.

cirúrgica e pelo deslocamento dos membros para melhorar a visualização do campo cirúrgico (PIMENTA, 2000).

Nesta pesquisa a cirurgia bariátrica foi a escolhida como procedimento para avaliar a atenção dada a dor pela equipe de saúde e a satisfação dos pacientes nessa situação.

Devido à necessidade de uma intervenção mais eficaz na condução clínica de obesos graves a indicação da Cirurgia Bariátrica vem crescendo nos dias atuais (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

Ortega et al. (2011) ao aplicarem a sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica elencaram os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes, que foram: 1) no pré-operatório: deambulação prejudicada, ansiedade, risco de disfunção neurovascular periférica, resiliência individual prejudicada; 2) período intra-operatória: integridade tissular prejudicada; 3) pós-operatório: morbidade no leito prejudicado, fadiga, risco de infecção e dor aguda.

A obesidade está sendo considerada uma epidemia, mundial, presente tanto em países desenvolvidos como aqueles em desenvolvimento (FRANCISCHI, R.P.P. et al. apud POPKIN; DOAK, 1998). É definida como uma doença crônica de natureza multifatorial (fatores ambientais, multinacionais e genéticos) caracterizado pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo acarretando prejuízos à saúde (ORTEGA, 2008).

Todas as pessoas que tem indicação, para o tratamento de sua obesidade, de intervenção cirúrgica passam por um Protocolo Clínico de Cirurgia de Obesidade Mórbida – Gastroplastia.

No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, esse protocolo foi aprovado através da Portaria nº 628/GM de 26 de abril de 2001, no qual as pessoas são submetidas a uma avaliação inicial onde são cheçadas as indicações clínicas para a realização de gastroplastia bem como as contra-indicações. As indicações são: a) usuário portador de obesidade de grandes proporções, de duração superior a dois anos, com Índice de Massa Corpórea superior a 40 kg/m² (obesidade grau III) e resistente aos tratamentos conservadores (dietoterapêuticos, psicoterapêuticos, medicamentosos, por exercícios físicos) realizados, continuamente, há pelo menos 02 (dois) anos; e b) usuários obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de doença crônica associada (diabetes, hipertensão, artropatias, hérnias

de disco, apnéia do sono) cuja situação clínica é agravada pelo quadro de obesidade. Para confirmar as indicações clínicas acima, devem ser excluídos: patologias endócrinas específicas; transtorno mental, adição a drogas ou álcool, outros transtornos; e condições físico-clínicas que contra-indiquem cirurgias de grande porte (cirrose hepática, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras) (BRASIL, 2011).

Muitos são os cuidados de enfermagem durante o pré e o pós-operatório da cirurgia bariátrica. No pós-operatório, um dos cuidados é a avaliação da intensidade da dor, preferencialmente utilizando um instrumento para essa mensuração, como as escalas (OLIVEIRA, 2009).

Como todo procedimento invasivo, nas cirurgias há ocorrência de reação inflamatória acompanhada de dor, provocada tanto pela incisão cirúrgica, como pela manipulação de vísceras e de órgãos, como também pela colocação do paciente em posição cirúrgica e com deslocamento de membros para melhorara a visualização e proporcionar um campo cirúrgico adequado (PIMENTA, 2000).

O estudo de Apfelbaum et al. (2003) demonstrou que mais de 80% das pessoas submetidas à cirurgia relatam dor no pós-operatório, e que apesar dos avanços substanciais nas pesquisas em dor, diversos estudos mostram que menos da metade das pessoas com dor pós-operatória recebem alívio adequado da dor, sendo que a maioria delas relatou piora do controle da dor após a alta hospitalar.

Os profissionais de saúde envolvidos no perioperatório devem colaborar para prevenir e tratar a dor pós-operatória, com o objetivo de melhorar o resultado clínico do usuário. Problemas como as avaliações da dor incompleta, esporádica, ou fora do padrão dificultam o tratamento adequado da dor.

Pessoas obesas reagem de forma diferente, às medicações, do que pessoas com peso normal. Essas pessoas têm uma alta porcentagem de tecido adiposo em um percentual baixo de água no corpo, levando as medicações a serem absorvidas de formas diferentes devido a esta composição corporal, necessitando de aumento da dosagem das drogas analgésicas e aumento das frequências nas administrações (HAHLER, 2002).

3 METODOLOGIA

Neste momento será apresentada a metodologia utilizada no estudo.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou o Estudo de Caso para explorar e aprofundar a questão de pesquisa e os dados coletados.

Estudo de Caso exploratório é uma investigação em profundidade de uma pessoa, grupo, instituição ou unidade social em que tem como o objetivo obter uma visão mais acurada de um problema para posteriormente obter uma resposta definitiva para o problema proposto (GIL, 2009).

3.2 LOCAL

O local de pesquisa foi HCPA, hospital universitário, com um histórico de atenção à Dor aos pacientes lá internados. A instituição possui 18 unidades de internação, sendo duas dessas unidades, de internação cirúrgica, definidas para atenderem usuários submetidos a Cirurgias Bariátricas. A unidade escolhida foi a Unidade de Internação (UI) 8º andar ala Sul, que possui dois leitos reservados exclusivamente a esses usuários. A escolha da unidade se deu por já possuírem uma equipe de enfermagem capacitada institucionalmente para avaliação da intensidade da dor e por terem sistematizado a Dor como 5º Sinal Vital, para todos os usuários lá internados.

3.3 POPULAÇÃO

Usuários submetidos à Cirurgia Bariátrica Aberta no HCPA.

3.4 AMOSTRA DO ESTUDO

Todos os 18 usuários submetidos à Cirurgia Bariátrica Aberta, no período de três de agosto a três de novembro de 2011, internados na UI 8º andar ala Sul.

3.4.1 Critérios de Inclusão

Usuários que passaram pelo protocolo da cirurgia bariátrica na instituição; tiveram sua cirurgia agendada no período estabelecido pela autora

3.4.2 Critérios de Exclusão

Usuários sem condições cognitivas para responder as duas perguntas estabelecidas pelo estudo.

3.5 COLETA DE DADOS

As notas dadas pelos usuários antes da internação (expectativa) e a experiência de atenção à dor durante a internação foram coletados a partir de duas perguntas (APÊNDICE B e C). A primeira pergunta (nota da expectativa) foi respondida, pelos sujeitos da pesquisa, antes da cirurgia, no momento da admissão hospitalar e a outra (nota da experiência na internação) foi respondida no dia da alta hospitalar. Os valores da ID e do PA foram retirados dos prontuários, nas folhas de Registros de Enfermagem e na Prescrição Médica (ANEXO A).

Os sujeitos da pesquisa eram abordados, na sala de admissão, onde eram informados sobre a pesquisa. Se concordassem em participar assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e ficavam com uma das vias do TCLE.

Após a assinatura respondiam a primeira pergunta (APÊNDICE B) e recebiam da pesquisadora a segunda pergunta (APÊNDICE C), onde eram orientados de como responder e após depositar na urna, de pesquisa de satisfação do usuário da instituição, no dia da alta (APÊNDICE C).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Os dados foram analisados utilizando a análise por comparações, desenvolvido por Glazer e Strauss, que tem como propósito entender uma determinada situação específica, para um determinado grupo, que não pode ser generalizado, nem pode ser uma verdade absoluta, mas serve como a explicação da realidade dos sujeitos da pesquisa. Os resultados estão apresentados a partir das convergências dos dados coletados (GIL, 2009).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo iniciou após a aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA (ANEXO C).

Foram atendidos os preceitos da ética em pesquisa com seres humanos descritos na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, e mantidas as autenticidades dos conceitos, definições e idéias dos autores pesquisados, bem como foram realizadas as citações, referências e estruturação da monografia de acordo com as normas da ABNT (FURASTÉ, 2011).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão apresentados buscando caracterizar a amostra, e na análise dos resultados da satisfação do usuário referente à atenção recebida e das notas dadas para o atendimento da atenção a dor na admissão e alta.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 18 usuários, sendo 15 do sexo feminino, enquanto que 3 do sexo masculino. As idades entre 50-55 e 30-35 anos foram os mais presentes, com idade média foi de 41,59 anos. A média dos pesos foi 134,47kg, com peso entre 140-150 kg.

Quadro 1 – Características demográficas e clínicas da amostra

CARACTERÍSTICAS	VALORES
Idade	41,59*
Peso	134,47*
Sexo feminino	15
Sexo masculino	3

Fonte: Dados do Estudo

* Valores expressos em média

4.2 RESULTADO DA FREQUÊNCIA DE MEDIÇÃO DO IMD NOS USUÁRIOS AVALIADOS DURANTE A INTERNAÇÃO

No Quadro 2 podemos visualizar a frequência de avaliação do IMD nos 18 usuários da amostra e observou-se que: 15 dos usuários pesquisados tiveram seu IMD = 0 e 1 (manejo adequado) em mais de 50 % das vezes em que ele foi medido, ou seja, a ID avaliada estava de acordo com o PA do medicamento administrado (usuários 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16 e 17); três dos usuários

apresentaram seu IMD = -1,-2 (manejo inadequado), em mais de 50% das vezes, de verificação, o que significa que a ID era maior que o PA administrado (usuários 5, 13 e 18) , e apenas um dos usuários teve seu IMD= 0,1 (manejo adequado) durante toda a sua internação (usuário 10).

Quadro 2 – Frequência (*f*) de medição do IMD nos usuários avaliados durante sua internação

Usuário	IMD =-3	IMD = -2	IMD =-1	IMD = 0	IMD = 1	IMD = 2	IMD= 3	<i>f total</i> IMD
1	N	1X	1X	5X	1 X	1X	N	9X
2	N	1X	5X	6X	2X	N	N	14X
3	N	N	1X	2X	1X	1X	N	5X
4	N	1X	1X	1X	3X	N	N	6X
5	N	N	2X	1X	N	N	N	3X
6	N	N	2X	4X	1X	1X	N	8X
7	N	N	1X	2X	N	N	N	3X
8	N	2X	N	5X	3X	N	N	10X
9	N	N	4X	8X	1X	N	N	13X
10	N	N	N	5X	1X	N	N	6X
11	N	1X	1X	7X	3X	1X	N	13X
12	N	2X	1X	4X	4X	2X	1X	14X
13	N	1X	6X	5X	2X	2X	2X	18X
14	N	1X	N	12X	2X	N	2X	17X
15	N	N	3X	7X	4X	N	1X	15X
16	N	N	2X	4X	8X	2X	N	16X
17	N	1X	1X	10X	5X	1X	N	18X
18	N	1X	2X	2X	1X	N	N	6X

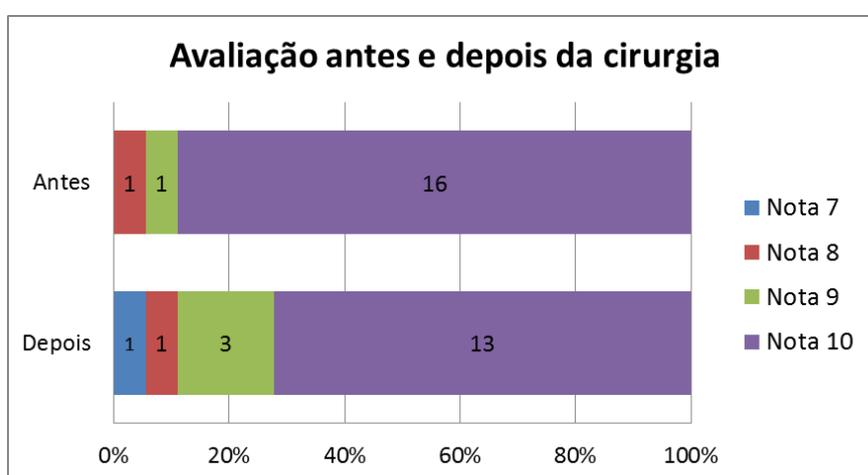
Fonte: Dados do Estudo

Nota: "N" significa que não foi verificado esse valor nas vezes em que a dor foi avaliada.

4.3 RESULTADO DAS NOTAS ATRIBUÍDAS PELOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO À SUA DOR NA ADMISSÃO (EXPECTATIVA) E NA ALTA (EXPERIÊNCIA DA INTERNAÇÃO)

Das notas atribuídas, pelos usuários, para a atenção que seria dada à sua dor durante sua internação, no momento da admissão (expectativa) e no momento da alta (experiência da internação), estão representadas na Figura 1.

Figura 1 – Notas dadas pelos usuários na admissão e alta hospitalar



Na Figura 1 observou-se, de uma forma geral, dos 18 sujeitos da pesquisa 16 informaram a nota da expectativa com valor dez (10); um informou nota nove (9); e um informou nota oito (8). Ao expressarem sua nota na alta hospitalar 13 usuários deram nota dez (10); três informaram nota nove (9); um informou nota oito (8); e um referiu nota sete (7). Pode-se observar que as notas apresentaram mudanças nos valores, sendo alterados para menos na alta hospitalar.

Das 16 notas dez (10) na expectativa três (3) foram reduzidas, e um dos usuários também reduziu a nota para sete (7), na alta, nota que não apareceu na admissão (expectativa).

4.4 COMPARAÇÃO ENTRE O IMD E AS NOTAS ATRIBUÍDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA NA ADMISSÃO E ALTA HOSPITALAR

O Quadro 3 relaciona, para cada usuário da amostra, as notas atribuídas da atenção à dor na admissão (expectativa) e na alta hospitalar (experiência da internação), com a frequência de vezes em que o usuário teve a sua dor manejada.

Quadro 3 – Nota de expectativa e experiência de internação da atenção à dor relacionada à frequência de manejo da dor (IMD)

Usuário	Nota		Frequência de avaliação do IMD		
	Antes (Expectativa)	Depois (Satisfação)	IMD (-3,-2,-1) Inadequado com dor	IMD (0,1) Adequado	IMD (2,3) Inadequado sem dor
1	10	10	2X	4X	1X
2	10	9	6X	8X	N
3	10	10	1X	3X	1X
4	8	7	2X	4X	N
5	9	10	2X	1X	N
6	10	10	2X	5X	1X
7	10	10	1X	2X	N
8	10	8	2X	8X	N
9	10	10	4X	9X	N
10	10	10	N	5X	1X
11	10	10	2X	10X	1X
12	10	9	3X	8X	3X
13	10	10	7X	7X	4X
14	10	9	1X	14X	2X
15	10	10	3X	11X	1X
16	10	10	2X	12X	2X
17	10	10	2X	15X	1X
18	10	10	3X	3X	N

Fonte: Dados do estudo

Nota: "N" significa que não foi verificado esse valor nas vezes em que a dor foi avaliada.

Dos 18 usuários analisados, 12 mantiveram a nota da expectativa igual na alta hospitalar (usuários 1, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18); cinco reduziram sua nota na alta (usuários 2, 4, 8, 12, 14), e um (usuário 5) elevou sua nota na alta.

Dos 12 (usuários 1, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18) que mantiveram suas notas da admissão e alta, igual a dez (10), todos tiveram em vários momentos da avaliação da ID o manejo inadequado, com PA < ID ou PA > ID.

Um sujeito (usuário 5) que alterou sua nota de nove (9) para dez (10) teve, das três vezes que foi avaliado para dor, duas vezes o manejo inadequado, com $PA < ID$.

Um sujeito (usuário 13) que, da admissão à alta, manteve sua nota dez (10) teve mais de 50% das vezes o manejo inadequado a sua dor.

Dos cinco usuários (usuários 2, 4, 8, 12, 14) que alteraram suas notas da expectativa, com valores para menos na alta, todos tiveram o IMD adequado na maioria das vezes que foram avaliados.

4.5 DISCUSSÃO

Ao verificar a avaliação da satisfação do usuário em relação à atenção a sua dor aguda constatou-se que: 13 usuários se sentiram satisfeitos com a atenção dada à sua dor, no período da internação, e desses, 12 mantiveram suas notas inalteradas, da admissão para a alta, ou seja nota dez (10), e um alterou para maior a nota da admissão, passando de nove (9) para dez (10); cinco usuários se sentiram insatisfeitos, com a atenção dada à sua dor, e todos modificaram sua nota para menos, entretanto todos os cinco tiveram o manejo de sua dor adequado ($IMD=0,1$) na maioria das vezes que foram avaliados.

O IMD constatado na amostra identificou que: 17 dos usuários, satisfeitos ou não com a atenção dada à sua dor, durante a internação, tiveram 50% das vezes, que foram avaliados o IMD inadequado, ou seja, $PA > ID$ ou $IMD = 2,3$ e $PA < ID$ ou $IMD = -1,-2$.

Pela comparação entre os dados coletados não se conseguiu relacionar que o IMD adequado ou inadequado tenha contribuído com as mudanças das notas, ou seja, satisfação e insatisfação.

Constatou-se que a inclusão do atributo expectativa para usuários em processo de atendimento hospitalar contribui para se ter uma avaliação de satisfação mais qualificada. Neste estudo dos quatro usuários que alteraram, para menos, as notas na alta em relação à admissão tiveram mais frequência de IMD adequado. Com essa informação explicitada pode-se tomar conhecimento da mudança de satisfação, no processo de atendimento, o que não seria possível se só tivéssemos a informação da satisfação com a nota na alta.

O IMD inadequado apareceu com muita frequência no processo de atendimento, o que corresponde com os dados encontrados na literatura de que a dor é um sintoma ainda mal manejado nas instituições.

O estudo não apresentou dados que identificassem o(s) motivo(s) do manejo inadequado para a Dor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência na realização desta pesquisa possibilitou constatar a relevância do tema pesquisado, para a equipe de saúde, e a necessidade de que sejam ampliados os conhecimentos em relação às avaliações de satisfação de usuários, nos serviços de saúde; e a importância da inclusão da atenção à dor e o resultado do IMD, para que se possa prestar um cuidado hospitalar cada vez mais humanizado.

Destaca-se a nota dada pelos usuários antes de receberem a atenção à sua dor, e identificada no estudo como *expectativa*, e como sua inclusão nas avaliações de satisfação alteram a avaliação dos que são atendidos.

Observou-se que a inclusão da expectativa, neste estudo, demonstra que a instituição que possui esse atributo pode ter uma avaliação diferente de seus serviços podendo qualificá-lo.

Entende-se que estudos com objetivos semelhantes devem ser replicados para que se possa ampliar a amostra, aplicar testes estatísticos e validar os resultados.

REFERÊNCIAS

APFELBAUM, JL et al. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative continues to be undermanaged. **Anesth Analg**, n.97, p. 534-540, 2003.

ARROYO, C. S. **Qualidade de serviços de assistência à saúde: o tempo de atendimento da consulta médica**. São Paulo: USP, 2007. 137 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Administração. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996**. Brasília, 1996. Disponível em: < <http://www.conselho.saude.gov.br/>> Acesso em 14 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização da Assistência Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde. Programas e Relatórios nº 20. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 628/GM, de 26 de abril de 2001. **Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-628.htm>> Acesso em 26 nov. 2011.

CAMPBELL, James. **Presidential Address**. Speech given at the American Pain Society. Washington DC, 1996.

CHAVES, Lucimara; PIMENTA, Cibele de Matos. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. **Rev. Lat-am Enfermagem**, v.11, n.2, p. 215-9, mar-abr 2003.

CHAVES, Lucimara. Dor pós-operatória: aspectos clínicos e assistência de enfermagem. In: LEÃO, Elisete; CHAVES, Lucimara. **Dor 5º Sinal Vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba: Maio, 2004. p.151-167.

CLEELAND, Charles et al. Pain And Its Treatment In Outpatients With Metastatic Cancer. **N Engl J Med**, v.330, n.9, p.592-6, 1994.

CONSTANT, I.; BONNET, F. Conseqüências Fisiopatológicas da dor Pós-Operatória. In: BONNET, F. **A dor no Meio Cirúrgico**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993. P. 71-81.

DONABEDIAN, Avedis. The Seven Pillars of Quality. **Archives of Pathology an Laboratory Medicine**, v.114, p. 1115-1118, nov 1990.

DRUMMOND, José Paulo. Neurofisiologia. In: **Dor Aguda: fisiopatologia, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1-25.

DUARTE, Érica Rosalba Mallmann. **Modelo sistêmico de avaliação de desempenho hospitalar por meio de indicadores assistenciais: o caso do indicador de atenção à dor aguda no perioperatório.** 2009. 144 f. Tese (Doutorado em Engenharia) – Programa de Pós-Graduação em engenharia de Produção, Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600016&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 30 ago. 2011.

FERRARO, D. R. Preparing patients for bariatric surgery. **Clin Ver**, v.14, n.1, p.57-63, 2004.

FRANCISCHI, Rachel Pamfílio Prado de et al. **Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento.** *Rev. Nutr.* [online]. 2000, vol.13, n.1, pp. 17-28. ISSN 1415-5273.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico: Explicitação das Normas da ABNT.** 15.ed. Porto Alegre: [s.ed], 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Estudo de Caso.** São Paulo: Atlas, 2009.

HAHLER, B. Morbid obesity: a nursing challenge. **Medsurg Nurs**, v.11, n.2, p.85-90, 2002.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **IASP Taxonomy.** Disponível em: < <http://www.iasp-pain.org>> Acesso em: 14 dez. 2011.

McCAFFERY, M.; BEEBE, A. Pharmacological Control of Pain: a multidisciplinary approach. In:_____. **A Pain: clinical manual for nursing practice.** St. Louis: Mosby, 1989. p. 42-128.

McCAFFERY, M.; PASERO, C. **Pain Manual Clinical.** St. Louis: Mosby, 1999.

MULARSKI, Richard et al. Measuring pain as a 5° vital sign does not improved quality of pain management. **J Gen Intern Med**, v.21, p. 607-12, 2006.

OLIVEIRA, Acácia Maria Lima de; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, Mar. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100010&lng=en&nrm=iso> Acesso em 19 set. 2011.

OLIVEIRA, Ana Paula de Freitas. **Assistência de enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica baseada na “North American Nursing Diagnosis Association”.** 2009. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas

da Santa Casa de São Paulo – Curso de pós-graduação em Ciências de Saúde, São Paulo, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** 1948. Disponível em:<<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html>> Acesso em: 15 dez. 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. **Normas fundamentales.** Ginebra: OMS, 1981.

ORTEGA, F.B. et al. **Relato de Experiência: aplicação da sistematização da assistência de Enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - MS.** 16º SEMPE, Campo Grande /MS 2008.

PARENTE, J. **Varejo no Brasil: gestão e estratégia.** São Paulo: Atlas, 2000.

PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos. **Dor:** manual clínico de enfermagem. São Paulo [s.ed], 2000.

PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos et al. Controle da dor no pós-operatório. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n. 2, p. 180-183, jun. 2001.

ROTH, Walter et al. Dissatisfaction with post-operative pain management – a prospective analysis of 1071 patients. **Acute Pain**, v.7, p.75-83, 2005.

SADATSUNE, Eduardo Jun et al. Dor crônica pós-operatória: fisiopatologia, fatores de risco e prevenção. **Rev. de Dor.** São Paulo, v 12, n. 1, p. 58-63, jan - fev, 2011.

SEGAL, Adriano; FANDIÑO, Julia. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Rev Bras Psiquiatr**, v.24, n.3, p.68-72, 2002. Disponível em:<<http://www.abeso.org.br/pdf/set/Segal-Contra%20ind%20para%20cir%20bariatrica.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2011.

SHERWOOD, G.D.; McNEILL, J.A.; STARCK, P.L. The Hidden Error of Mismatched Pain: a systems approach. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v.8, n.1, p.47-58, 2004.

SILVA, Renato Souza da; KAWAHARA, Nilton Tóquio. et al. **Cuidados Pré e Pós Operatórios na Cirurgia da Obesidade.** Porto Alegre: AGE, 2005.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Tratamento da dor. In: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 167-192.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR. **Ano Mundial Contra a Dor Aguda.** Disponível em: <<http://www.dor.org.br>> Acesso em: 30 ago. 2011a.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR. **5° Sinal Vital**. Disponível em: <<http://www.dor.org.br>> Acesso em: 14 ago. 2011b.

SOUZA, Fátima Faleiros. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Lat-am Enfermagem**, v.10, n.3, p.446-7, mai-jun 2002.

STANISZEWSKA, S. AHMED, L. The concept of expectation and satisfaction: do they capture the ways patients evaluate their care? **J Adv Nurs**, v.29, p.364-372, 1999.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriel Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.599-613, jul-set, 2005.

WILLIAMS, A. Science or marketing at WHO?: a commentary on 'World Health 2000'. *Health Economics*, Chichester, v. 10, n. 4, p. 283-285, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO's pain ladder**. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/> Acesso em: 14 dez. 2011.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu,

declaro que fui informada/o sobre o projeto de pesquisa **SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SUBMETIDOS A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO NA ATENÇÃO À DOR AGUDA** e aceitei participar da mesma.

Fui esclarecida/o que este estudo tem como objetivo: **Avaliar a satisfação que o usuário tem, da atenção dada a sua dor, pela equipe de enfermagem, no período de internação.**

Para participar do estudo eu deverei responder a duas perguntas de satisfação, pela atenção dada, da equipe de enfermagem, a minha dor durante todo o período de internação.

Estou sendo informado/a que a pesquisa não trará riscos físicos e buscará não trazer desconfortos psicológicos adicionais (constrangimento, vergonha, nervosismo). Se isso ocorrer estou ciente que poderei interromper a minha participação, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a realização da operação/cirurgia, ou exames ou outros procedimentos necessários ao meu tratamento.

Não terei, em nenhum momento, que pagar qualquer valor pela minha participação, nem serei remunerado por ela.

Essa pesquisa não beneficiará o usuário diretamente, mas os resultados da pesquisa e sua publicação trarão benefício a todos os usuários e profissionais de saúde da instituição.

A pesquisa ocorrerá seguindo os seguintes passos:

1º Após ser confirmada a data da minha cirurgia, pela equipe médica, eu serei abordado (a), pelas pesquisadoras, na sala de Admissão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde serei informada/o e esclarecida/o sobre a pesquisa e os objetivos da mesma;

2º Se manifestar interesse em não participar do estudo minha operação/cirurgia, baixa/internação, exames e outros procedimentos já definidos, anteriormente, serão realizados igualmente sem nenhum prejuízo a mim;

3º Se manifestar interesse em querer participar, eu estarei recebendo em minhas mãos, antes da realização da operação/cirurgia, duas cópias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Se após a leitura, do TCLE, eu estiver esclarecido de todos os passos do estudo confirmarei meu interesse em participar, e assinarei duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A primeira via ficará comigo e a segunda com o pesquisador;

4º Ao assinar o TCLE eu responderei a primeira pergunta, diretamente, ao pesquisador. Após responder a primeira pergunta eu receberei da pesquisadora um documento contendo a segunda pergunta, que será respondida no dia da minha saída/alta do hospital, após já ter realizado minha operação/cirurgia;

5º No dia da saída/alta, do hospital, após responder a segunda pergunta, eu deverei colocar a resposta na urna da unidade. A urna geralmente fica no corredor da unidade ou posto de enfermagem e está identificada para receber os formulários de satisfação de usuários do hospital;

A coleta dos TCLE será realizada pelas pesquisadoras, garantindo a confidencialidade dos dados coletados.

Estou sendo informado que o fato de ter aceitado participar do estudo não impedirá, se eu quiser a qualquer momento, interrompê-lo/sair do estudo. Essa interrupção não mudará as rotinas de exames ou tratamento e não trará nenhum prejuízo a realização da operação/ cirurgia.

As informações que eu fornecer permanecerão confidenciais e só serão utilizadas com objetivos estatísticos para este estudo ou usados para publicações futuras, mantendo-se a confidencialidade deles.

As perguntas serão identificadas por números e não por nomes e serão destruídos no momento da conclusão da pesquisa.

Declaro que fui informado satisfatoriamente dos objetivos e das justificativas desta pesquisa, e que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento se assim o desejar.

A Pesquisadora Responsável Professora Êrica Mallmann Duarte informa que estará a sua disposição, sempre que for necessário, e poderá ser encontrada nos seguintes telefones: (51) 33085377, (51) 33469245 e (51) 95181878. Assim como a pesquisadora Acadêmica Ana Cláudia Kümme Ferreira Alves poderá ser encontrada nos telefones (51) 33915119 e (51) 84067678.

Caso queira, a qualquer momento, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital de Clínicas, localizado no 2º andar, sala 2227, com horário de atendimento das 8h às 17h. Fone/Fax: 51 3359-7640.

Porto Alegre, _____ de 2011.

Assinatura da pessoa pesquisada

Nome/Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C – OPINIÃO DO USUÁRIO

Opinião do usuário referente à atenção a sua dor após a cirurgia[∞]

Nº _____

Projeto de pesquisa SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SUBMETIDOS A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO NA ATENÇÃO À DOR AGUDA

Observação: Este documento somente poderá ser entregue, pelo pesquisador, ao usuário, após ele já ter sido esclarecido da pesquisa, ter aceitado sua participação e assinado o TCLE.

1º Responder no dia da alta:

QUAL A ATENÇÃO QUE VOCE RECEBEU, DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, EM RELAÇÃO A SUA DOR DURANTE OS DIAS QUE ESTEVE BAIXADA/O (INTERNADA/O)? A NOTA DADA SERÁ DE 0 (NADA SATISFEITO) A 10 (MUITO SATISFEITO);

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2º Após RESPONDER colocar na urna da unidade localizada no corredor ou posto de enfermagem.

[∞] Documento entregue ao usuário no dia da assinatura do TCLE.

ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

<p align="center">SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SUBMETIDOS A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO NA ATENÇÃO À DOR AGUDA</p>	<p align="center">Cadastro no GPPG</p> <p align="center">08-310</p>
---	---

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 20 de junho de 2011.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Erica Rosalba Mallmann Duarte	
Ana Cláudia Kümmel Ferreira Alves	

ANEXO 2 – APROVAÇÃO COMPESQ/EENF

Projeto de Pesquisa

<https://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/ProjetoPesquisa/form...>

Pesquisador: Erica Rosalba Mallmann Duarte

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 21516

Título: SATISFAÇÃO DOS USUARIOS SUBMETIDOS A PROCEDIMENTO CIRURGICO ELETIVO NO TRATAMENTO DA DOR AGUDA

Área do Conhecimento: Enfermagem Médico-Cirúrgica

Início: 01/08/2011

Previsão de conclusão: 31/12/2012

Situação: projeto em andamento

Origem: Escola de Enfermagem
Departamento de Assistência e Orientação Profissional
Projeto Isolado com linha temática NULL

Objetivo: Avaliar a satisfação do usuário submetido a procedimento cirúrgico eletivo em relação à atenção a sua dor aguda.

Palavras-Chave

Dor, Satisfação

Equipe UFRGS

Nome: Erica Rosalba Mallmann Duarte

Participação: Coordenador

Início: 01/08/2011

Nome: Ana Cláudia KÜmmel Ferreira Alves

Participação: Pesquisador

Início: 01/08/2011

Anexos

Projeto Completo

Data de Envio: 03/11/2011

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado

Fechar

As autoras apresentaram esclarecimento em relação a maioria das diligências. Entretanto, reinteramos a necessidade de realização do cálculo do tamanho da amostra ou justificativa. Quanto aos critérios de exclusão mantemos a sugestão de descrever os critérios que impedem a pessoa de participar do estudo. Sugerimos que sejam excluídos os pacientes com doenças neurológicas e outras condições que possam interferir na mensuração da dor. Esclarecemos que as sugestões acima auxiliarão no controle das variáveis e validação dos dados, entretanto cabe as autoras a decisão de incluílas no projeto. Projeto será encaminhado para Comitê de Ética do HCPA

Projeto de Pesquisa

<https://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/ProjetoPesquisa/form...>**Pesquisador: Erica Rosalba Mallmann Duarte****Dados do Projeto de Pesquisa****Projeto Nº:** 15921**Título:** SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SUBMETIDOS A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO NO TRATAMENTO DA DOR AGUDA**Área do Conhecimento:** Enfermagem Médico-Cirúrgica**Início:** 05/05/2008**Previsão de conclusão:** 31/12/2012**Situação:** projeto em andamento**Origem:** Escola de Enfermagem
Departamento de Assistência e Orientação Profissional
Projeto Isolado**Local de Realização:** Hospital De Clínicas De Porto Alegre**Projeto envolve aspectos éticos da categoria:** Projeto Em Seres Humanos**Objetivo:** 2 OBJETIVOS 2.1 Objetivo geral Conhecer a satisfação que o usuário tem, da atenção dada a sua dor, pela equipe de enfermagem, no período de internação. 2.2 Objetivos específicos Medir o índice de manejo de dor do paciente durante sua internação; Comparar o índice de manejo da dor aguda medido e a opinião referida pelo usuário no cuidado prestado.**Palavras-Chave**Dor
Satisfação**Equipe UFRGS****Nome:** Erica Rosalba Mallmann Duarte**Participação:** Coordenador**Início:** 05/05/2008**Equipe Externa****Nome:** Ana Claudia Kummel Ferreira Alves**Instituição:** Hospital De Clínicas De Porto Alegre**Participação:** Pesquisador**Início:** 29/04/2011**Nome:** Gislene Pontalti**Instituição:** Hospital De Clínicas De Porto Alegre**Participação:** Pesquisador**Início:** 05/05/2008 **Término:** 31/12/2008**Nome:** Jessica Oliveira**Instituição:** Hospital De Clínicas De Porto Alegre**Participação:** Pesquisador**Início:** 05/05/2008**Nome:** Maria Antonia Lima Ferreira**Instituição:** Hospital De Clínicas De Porto Alegre**Participação:** Pesquisador**Início:** 05/05/2008**Nome:** Monica Schnepfleitner**Instituição:** Hospital De Clínicas De Porto Alegre**Participação:** Pesquisador

Projeto de Pesquisa

<https://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/ProjetoPesquisa/form...>

Início: 05/05/2008 **Término:** 31/12/2008

Nome: Rosmari Wittmann Vieira
Instituição: Hospital De Clínicas De Porto Alegre
Participação: Pesquisador
Início: 05/05/2008

Nome: Simone Silveira Pasin
Instituição: Hospital De Clínicas De Porto Alegre
Participação: Pesquisador
Início: 05/05/2008

Nome: Tania Maria Massutti
Instituição: Hospital De Clínicas De Porto Alegre
Participação: Pesquisador
Início: 05/05/2008

Avaliações

Comite de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Aprovado