



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Influência da Informação de Enfermagem na Ansiedade Pré-Operatória

Marco António Rodrigues Gonçalves

Coimbra, *março* de 2016



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Influência da Informação de Enfermagem na Ansiedade Pré-Operatória

Marco António Rodrigues Gonçalves

Orientadora: Professora Mestre Maria da Nazaré Ribeiro Cerejo, Professora Adjunta
na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientador: Professor Doutor José Carlos Amado Martins, Professor Coordenador
na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, *março* de 2016

PENSAMENTO

“A mente avança até ao ponto onde pode chegar; mas depois passa para uma dimensão superior, sem saber como lá chegou. Todas as grandes descobertas realizaram esse salto.”

Albert Einstein

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação,

À minha esposa, Carina, pelo amor e apoio que me impulsionaram de um modo único.

Aos meus pais, António e Teresa, pela vida, e pela constante ajuda e preocupação que apenas pais dedicados sabem dar.

À Bia, a irmã “por afinidade”, pelo apoio e companheirismo que me deu de forma incondicional ao longo desta longa caminhada.

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação foi marcada por um longo período de trabalho intenso, cuja realização não seria possível sem a participação de algumas pessoas, por meio de diferentes contribuições.

Assim, gostaria de deixar um profundo reconhecimento a todos aqueles que influenciaram este momento na minha formação.

À Professora Mestre Maria da Nazaré Cerejo e ao Professor Doutor José Carlos Martins, orientadora e coorientador respetivamente, agradeço toda a orientação neste processo de investigação pela pertinência das suas críticas e sugestões, assim como pela sua disponibilidade e partilha de conhecimento.

À Professora Doutora Fernanda Daniel pela gentileza na cedência e autorização da aplicação da versão do Inventário de Ansiedade Traço-Estado – forma Y1, por si traduzida e adaptada.

À Professora Luisa Almeida pela amabilidade demonstrada ao colaborar na tradução do resumo deste trabalho.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., pela autorização da realização do estudo e aplicação do instrumento de colheita de dados.

A todos os inquiridos que colaboraram neste estudo de modo singular e sem constrangimentos.

Aos enfermeiros dos serviços onde foram aplicados os questionários, pelo contributo na motivação e dinamização dos inquiridos para o seu preenchimento.

A todos os meus amigos, sem exceção, pelo inestimável apoio, na partilha de horas, alentos e desalentos ao longo deste percurso.

A todos os que de uma forma ou de outra ajudaram e contribuíram para a concretização deste trabalho, e por terem acreditado em mim através de uma motivação constante.

LISTA DE SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

APA – American Psychiatric Association

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

ECG – Eletrocardiograma

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IDATE – Inventário De Ansiedade Traço-Estado

INE – Instituto Nacional de Estatística

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

MCD – Meios Complementares de Diagnóstico

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

STAI – State-Trait Anxiety Inventory

TEB – Teste de Esfericidade de Bartlett

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VEPO – Visita de Enfermagem Pré-Operatória

RESUMO

Uma grande parte dos doentes manifesta diversos níveis de ansiedade quando são submetidos a uma intervenção cirúrgica, um acontecimento crítico na vida da pessoa doente. Torna-se fundamental, desenvolver conhecimento nesta área que é caracterizada por uma elevada subjetividade, de modo a auxiliar os enfermeiros a definir modos de atuação baseados na evidência científica.

Este estudo visa avaliar a ansiedade pré-operatória de doentes propostos para cirurgia programada e a informação que têm acerca do ato anestésico-cirúrgico; analisar a relação entre a informação que possuem e a ansiedade, e se algumas variáveis sociodemográficas influenciam essa ansiedade.

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, em 200 doentes submetidos a cirurgia eletiva. Foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica, uma Escala de Informação e o IDATE-Y1.

Os resultados revelam que os doentes percebem estar melhor informados acerca dos aspetos organizacionais e logísticos, comparativamente ao que toca aos cuidados de enfermagem. Quanto ao nível de ansiedade pré-operatória, os doentes apresentaram baixos níveis de ansiedade, encontrando-se diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, o que vai de encontro aos resultados de outros estudos. Por outro lado, a informação pré-operatória demonstrou estar relacionada de forma significativa com o número de elementos do agregado familiar e o tempo em lista de espera.

Relativamente à informação pré-operatória, conclui-se que os enfermeiros devem investir no fortalecimento da informação acerca dos cuidados de enfermagem que prestam ao longo do período perioperatório. Tratando-se de uma área autónoma da profissão, enfatiza-se a relevância da informação/educação na prestação de cuidados de qualidade e ganhos em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Informação; Enfermagem; Pré-Operatório; Ansiedade.

ABSTRACT

A great amount of patients reveals several levels of anxiety when has undergone a surgery, a critical moment in an ailing person. It's fundamental to develop a specific knowledge in this area characterized by an enormous subjectivity, in order to help nurses to define the best modus operandi based in scientific evidence.

This study aims at analyzing and evaluating the level of preoperative anxiety from the patients with an elective surgery and the information they have from the anesthetic-surgical act; furthermore, it also aims at analyzing the relation between the information patients have and the level of anxiety, and even if some sociodemographic variable influence the level of anxiety.

A quantitative, descriptive and correlational study was developed in 200 patients undergoing elective surgery. A questionnaire for socio demographic characterization, an Information Scale and IDATE-Y1 have been applied.

The results reveal that the patients are well informed about the organizational and logistic issues in general care nursing. As the level of preoperative anxiety is concerned, patients present low levels of anxiety, with statistically significant differences based on gender, meeting other studies' results. On the other hand, the preoperative information is directly related, significantly, with the household and the time in waiting list.

In conclusion, nurses should invest in the strength of information related to preoperative education during perioperative period. As an autonomous practice, the importance of information/education in the quality of the performance in nursing cares and gains on health must be highlighted.

KEY WORDS: Information; Nursing; Preoperative; Anxiety.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo as Cirurgias Anteriores	71
Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo as Complicações Cirúrgicas	72
Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo o Tempo em Lista de Espera	72

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Matriz de correlações dos itens	58
Quadro 2 – Testes de adequação da amostra (KMO e TEB)	58
Quadro 3 – Auto valores e variância acumulada	59
Quadro 4 – Comunalidades	60
Quadro 5 – Matriz de componente rotativa (<i>VARIMAX</i>)	61
Quadro 6 – Estatísticas descritivas da Escala de Informação	62
Quadro 7 – Análise descritiva das variáveis Informação Pré-Operatória e Ansiiedade	63
Quadro 8 – Distribuição da amostra segundo a Especialidade Cirúrgica	67
Quadro 9 – Distribuição da amostra segundo a Intervenção Cirúrgica	68
Quadro 10 – Distribuição da amostra segundo o Grupo Etário	68
Quadro 11 – Distribuição da amostra segundo o Sexo	68
Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo as Habilitações Literárias/Académicas	69
Quadro 13 – Distribuição da amostra segundo a Situação Profissional	69
Quadro 14 – Distribuição da amostra segundo a Zona de Residência	70
Quadro 15 – Distribuição da amostra segundo o Estado Civil	70
Quadro 16 – Distribuição da amostra segundo o Número de Elementos do Agregado Familiar	70
Quadro 17 – Distribuição da amostra segundo a previsão de Visitas de Familiares/Amigos durante o Internamento	71
Quadro 18 – Distribuição da amostra segundo o Tipo de Cirurgia	73
Quadro 19 – Distribuição da amostra segundo a Origem da Informação	74

Quadro 20 – Estatísticas descritivas da Escala de Ansiedade (IDATE-Y1)	74
Quadro 21 – Resultados do teste de normalidade de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> ...	75
Quadro 22 – Matriz de correlação de <i>Spearman</i> entre a Ansiedade e a Idade	76
Quadro 23 – Resultado do teste de U de <i>Mann-Whitney</i> relativo à comparação da Ansiedade em função do Sexo	76
Quadro 24 – Resultado do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> relativo à comparação da Ansiedade em função do Estado Civil	77
Quadro 25 – Resultado do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> relativo à comparação da Ansiedade em função da previsão de Visitas no Internamento .	78
Quadro 26 – Matriz de correlação de <i>Spearman</i> entre a Ansiedade e o Número de Elementos do Agregado Familiar	78
Quadro 27 – Resultado do teste de U de <i>Mann-Whitney</i> relativo à comparação da Ansiedade em função de Experiências Cirúrgicas Anteriores	79
Quadro 28 – Matriz de correlação de <i>Spearman</i> entre a Ansiedade e a Informação	80
Quadro 29 – Matriz de correlação de <i>Spearman</i> entre a Informação, o Número de Elementos do Agregado Familiar e o Tempo de Espera pela Cirurgia	80
Quadro 30 – Resultado do teste de U de <i>Mann-Whitney</i> relativo à comparação da Informação e Ansiedade em função da Zona de Residência	81
Quadro 31 – Resultado do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> relativo à comparação da Informação e Ansiedade em função da Situação Profissional ...	82

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	21
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1 – ATO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO	25
1.1 – ATO ANESTÉSICO	26
1.2 – ATO CIRÚRGICO	26
1.3 – ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	27
1.3.1 – Período Pré-Operatório	30
1.3.2 – Informação de Enfermagem ao Doente no Pré-Operatório	33
2 – ANSIEDADE E O DOENTE CIRÚRGICO	37
2.1 – ANSIEDADE: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E MÉTODOS DE AVALIAÇÃO	37
2.2 – ANSIEDADE DO DOENTE PERANTE O ATO ANESTÉSICO- CIRÚRGICO	39
2.3 – FATORES QUE INFLUENCIAM A ANSIEDADE NO PRÉ-OPERATÓRIO	43
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	49
3 – TIPO DE ESTUDO	49
3.1 – QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	50
3.2 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO	50
3.3 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	53
3.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	53
3.5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	54
3.5.1 – Escala de Informação Pré-Operatória: Análise Fatorial	57
3.5.2 – Consistência Interna da Escala de Informação e Escala de Ansiedade (IDATE-Y1)	62

3.6 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	63
3.7 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	64
PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
4 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS	67
5 – ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS: TESTES DE HIPÓTESES	75
6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
PARTE IV – CONCLUSÕES	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	
ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados	
ANEXO II – Formulário de Informação ao doente e Consentimento Informado	
ANEXO III – Pedido de cedência e autorização para utilizar versão do STAI-Y de Spielberger	
ANEXO IV – Autorização para utilizar versão do STAI-Y de Spielberger	
ANEXO V – Pedido de autorização para realização do estudo	
ANEXO VI – Parecer da Comissão de Ética da ESEnfC	
ANEXO VII – Parecer da Comissão de Ética do CHUC	
ANEXO VIII – Autorização para a realização do estudo	

INTRODUÇÃO

A cirurgia constitui-se como uma nova realidade que provoca alterações profundas na vida de cada indivíduo, tem implicações importantes no bem-estar e na saúde, nos padrões basilares da vida ao nível individual e familiar, produzindo mudanças que se manifestam nos papéis, nas relações, nas identidades, nas capacidades e nos padrões do comportamento.

O momento de espera para uma intervenção cirúrgica pode gerar uma diversidade de sentimentos que se pode traduzir numa incapacidade em retornar à vida normal, no medo de alteração da imagem corporal, dor, sensação de culpa, invalidez e até morte (Passos, 2009).

Existe uma elevada subjetividade que decorre das diferenças individuais de cada pessoa, o que em conjunto com a inexistência de uniformização de procedimentos e de protocolos de preparação pré-operatória na maioria dos hospitais, pode limitar o desenvolvimento do conhecimento e das estratégias de avaliação neste domínio (Santos, 2012).

A avaliação do doente cirúrgico no período pré-operatório é fundamental, devendo iniciar-se logo no primeiro contacto entre o enfermeiro e o doente e prolongar-se ao longo do restante processo cirúrgico. Essa avaliação deve refletir as necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais do doente e seus conviventes significativos, que vivenciam uma diversidade de sensações durante todo este processo (Marek & Boehnlein, 2010).

Segundo Santos (2012), a preparação pré-operatória deve visar a componente psicológica do doente cirúrgico, através do desenvolvimento de estratégias para minimizar os estados emocionais sentidos, constituindo uma área na qual os enfermeiros devem investir e intervir de forma autónoma, pelo que têm um papel fulcral no desenvolvimento, consolidação, crescimento e implementação de intervenções e mudanças neste domínio do saber.

A ansiedade está presente em todas as fases do período perioperatório, pelo receio que os doentes têm acerca do ato anestésico-cirúrgico. Este receio pode variar de acordo

com a sua personalidade, formas de enfrentar o stresse, saúde mental e conhecimentos acerca da anestesia e cirurgia (Torrati, 2009).

De acordo com Serra (1980), a ansiedade consiste na antecipação de um perigo indefinido e imprevisível, sendo uma resposta a uma ameaça que é desconhecida e vaga.

A ansiedade do doente cirúrgico no pré-operatório é variável, dependendo da individualidade e personalidade de cada indivíduo, obedecendo a um conjunto alargado de fatores que a poderão influenciar. O efeito excessivo e contínuo deste desequilíbrio psicológico repercute-se na recuperação e qualidade de vida dos doentes. Assim, e visto que os custos associados a esta problemática não são mensuráveis de modo objetivo, importa alcançar pontos de partida para a correta avaliação desta perturbação e a forma como pode condicionar um melhor ajuste ao estado de saúde.

Tendo por base o referido, propusemo-nos realizar um estudo intitulado “Influência da informação de enfermagem na ansiedade pré-operatória”, no âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Todos os trabalhos desta natureza têm origem numa questão que desperta no investigador a intenção de investigar. Assim, entendemos delinear as seguintes questões de investigação:

- ◆ Quais os fatores que influenciam o nível de ansiedade no pré-operatório, dos doentes propostos para cirurgia programada?
- ◆ Qual a influência da informação pré-operatória acerca do ato anestésico-cirúrgico, sobre a ansiedade dos doentes propostos para cirurgia programada?

No seguimento das questões de investigação, definiram-se os seguintes objetivos: avaliar a ansiedade pré-operatória dos doentes propostos para cirurgia programada; avaliar a informação que os doentes têm acerca do ato anestésico-cirúrgico, no pré-operatório de uma cirurgia programada; analisar se algumas variáveis sociodemográficas influenciam a ansiedade pré-operatória dos doentes propostos para cirurgia programada; e analisar a relação entre a informação acerca do ato anestésico-cirúrgico e a ansiedade pré-operatória manifestada pelos doentes propostos para cirurgia programada.

Desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, com o intuito de dar resposta às questões de investigação, aos objetivos do estudo e às hipóteses

formuladas. A colheita de dados foi realizada no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

A amostra do estudo foi constituída por 200 doentes internados e propostos para cirurgia programada, do foro da cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e urologia. A colheita dos dados foi realizada através da aplicação de um questionário, constituído por três partes. A primeira, referente a dados sociodemográficos e clínicos, a segunda foi constituída por uma escala de informação pré-operatória construída por nós e, por último, a terceira parte era formada pela escala de avaliação da ansiedade estado do Inventário De Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger.

Relativamente à estrutura, este estudo encontra-se dividido em quatro partes: na primeira apresentamos o enquadramento teórico resultante da revisão da literatura efetuada; na segunda, apresentamos o enquadramento metodológico, onde é descrito o desenho da investigação e as opções metodológicas utilizadas; na terceira parte expomos e analisamos os dados obtidos; e na última parte procedemos à discussão dos resultados alcançados, confrontando-os com o referencial teórico que serviu de base à conceção deste estudo. Finalizamos com as conclusões extraídas deste trabalho, efetuando o balanço do percurso desenvolvido, analisando as limitações do estudo e apresentando sugestões para futuras investigações nesta área, com o intuito de alargar os conhecimentos sobre esta temática e de os aplicar na prática dos cuidados de enfermagem.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com Vilelas (2009), a revisão da literatura ou enquadramento teórico constitui uma das etapas mais importantes do processo de investigação, sendo através da sua análise que se irá traçar um quadro teórico e fazer a estruturação conceptual que sustentará o desenvolvimento do trabalho.

Segundo o mesmo autor, esta fundamentação teórica permite obter informações da situação atual do tema escolhido, conhecer publicações existentes, os aspetos que já foram abordados e verificar as opiniões de vários autores a respeito do problema de investigação, ou seja, conhecer o estado da arte.

1 – ATO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO

A cirurgia é um evento que causa uma série de constrangimentos no quotidiano do doente que a vivencia e devido a estas características é considerada uma transição no processo saúde-doença. Independentemente da classificação da cirurgia podemos verificar que é percebida como um evento adverso, sendo programada ou não, pelo que poderá causar desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e sociofamiliares.

Por outro lado, o campo da anestesiologia é reconhecido como sendo o que maiores contributos tem dado para o crescimento e o desenvolvimento científico da cirurgia moderna (Ribeiro, 2010).

Como refere Rothrock (2008), a anestesia desenvolveu-se e tornou-se uma ciência muito precisa, sofisticada e com uma importante interligação com outras áreas da saúde como a farmacologia e a engenharia biomédica, entre outras. Dado que, a grande maioria da população, devido a crenças e mitos, ainda considera a anestesia como sendo o maior risco da cirurgia, aliado também a eventos associados aos procedimentos cirúrgicos, a segurança do doente deve ser sempre uma preocupação para os profissionais de saúde, durante ambas.

1.1 – ATO ANESTÉSICO

De acordo com Marek e Boehnlein (2010), a anestesia consiste na perda da sensibilidade, parcial ou total, com ou sem perda de consciência. A área da anestesia tem permitido o crescimento e o desenvolvimento científico da cirurgia moderna, como já referido atrás. Paralelamente, o seu desenvolvimento conduziu a um aperfeiçoamento mais técnico com vista à segurança do doente, não só no âmbito cirúrgico, mas também como ciência sofisticada, proporcionando a ligação com diversas especialidades médicas (Rothrock, 2008).

Efetivamente existem três grandes tipos de anestesia: geral, regional e local.

A anestesia geral é um estado de narcose, isto é, depressão intensa do sistema nervoso central produzida por agentes farmacológicos, analgesia, relaxamento muscular e perda de reflexos. Os doentes sob anestesia geral não acordam, mesmo com estímulos dolorosos. Neste caso, perdem a capacidade de manter a sua função respiratória e necessitam de ventilação assistida (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2011).

Por seu turno, a anestesia regional consiste na perda sensorial numa área ou região do corpo aquando da administração local de um anestésico. Não existe perda de consciência e inclui a anestesia epidural, raquidiana e o bloqueio de grandes nervos periféricos (Marek & Boehnlein, 2010).

Por último, a anestesia local consta na administração de um anestésico local no interior dos tecidos do local onde se planeia efetuar a intervenção, é utilizada em procedimentos menores (Smeltzer et al., 2011).

Ainda de acordo com os mesmos autores, o doente cirúrgico pode estar sujeito a várias complicações intraoperatórias, associadas essencialmente ao ato anestésico. Essas complicações compreendem a anafilaxia, a hipoxia, a hipotermia, a hipertermia maligna e a coagulação intravascular disseminada. No período pós-operatório, os problemas mais comuns são a hipotermia, náuseas e/ou vômitos, complicações respiratórias, hipo ou hipertensão, disritmias cardíacas, entre outros menos frequentes.

1.2 – ATO CIRÚRGICO

Segundo Marek e Boehnlein (2010), a cirurgia pode definir-se como o ramo da medicina que realiza procedimentos manuais e instrumentais para a correção de deformidades e defeitos, reparação de lesões e até o diagnóstico e cura de determinadas doenças.

O ato cirúrgico representa sempre um acontecimento stressante e complexo na vida do doente, sendo que as suas consequências são físicas, psicológicas e únicas em cada um (Muniesa & Romeo, 2013).

Com o avanço científico, surgiram procedimentos mais complexos, tecnologias a laser, cirurgia endoscópica e microcirurgia, equipamentos mais sofisticados, aparelhos de monitorização mais sensíveis e ainda largos progressos no campo da anestesia.

A realização de uma cirurgia pode decorrer em consequência de várias razões. Assim, as cirurgias podem ser classificadas segundo diversas perspetivas, entre elas o nível de urgência com que carecem ser realizadas. Designam-se por eletivas ou programadas, quando a realização do tratamento cirúrgico proposto pode aguardar algum tempo; urgentes, quando o tratamento cirúrgico requer rápida atenção e deve ser realizado dentro de 24 a 48 horas; e emergentes, quando o tratamento cirúrgico requer atenção imediata por se tratar de uma situação com risco de vida. Os procedimentos cirúrgicos podem ainda ser divididos quanto ao seu objetivo: de diagnóstico (para determinar a origem do problema); curativo (para resolver um problema de saúde); reconstrutivo (para corrigir deformidades ou reparar lesões); paliativo (quando não tem a intenção de curar, apenas melhorar a qualidade de vida) e plástico (por razões estéticas) (Smeltzer et al., 2011).

Para Marek e Boehnlein (2010), o nível de risco de um ato cirúrgico divide-se em pequena e grande cirurgia. A pequena cirurgia é um procedimento simples, com baixo risco de vida, enquanto a grande cirurgia é mais extensa, podendo implicar maior risco de vida para o doente.

Relativamente ao ambiente cirúrgico, este é conhecido por ter uma aparência que facilmente impressiona o doente, devido à multiplicidade de equipamentos, também porque os profissionais de saúde, por motivos de prevenção da infeção e assepsia cirúrgica, estão indumentados de modo próprio. A temperatura e a humidade são condições ambientais que necessitam de ser controladas, por idênticos motivos. A sala de cirurgia tem dispositivos específicos de filtragem do ar, existindo um gradiente de pressão positiva que evita que o ar potencialmente contaminado entre na sala de operações (Smeltzer et al., 2011).

1.3 – ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Em Portugal, a grande evolução da enfermagem perioperatória ocorreu a partir do final dos anos oitenta, quando os enfermeiros começaram a usar o processo de enfermagem

em detrimento do modelo biomédico. A fulcral importância em identificar os problemas e necessidades globais do doente que vai ser submetido a uma cirurgia, levou a que o enfermeiro fosse ao seu encontro, antes da cirurgia, com o objetivo de o conhecer, iniciando um processo de relação terapêutica. Neste sentido, o enfermeiro tem desenvolvido novas competências nas áreas da comunicação/relação e informação/educação, para a saúde (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2006).

A enfermagem perioperatória compreende todas as competências que o enfermeiro desempenha no pré, intra e pós-operatório, englobando os vários períodos da experiência cirúrgica, descritos abaixo. A prática profissional destes enfermeiros tem por base um modelo que assenta em quatro áreas: a segurança do doente, o sistema de saúde, as respostas fisiológicas e comportamentais (Marek & Boehnlein, 2010).

O avanço tecnológico e científico da anestesia e cirurgia, já referido anteriormente, bem como a especificidade do doente cirúrgico com diversas comorbilidades, exige ao enfermeiro uma atualização teórico-prática contínua. A situação de total dependência em que o doente se encontra, impõe a presença de alguém que consiga e possa dar resposta às suas necessidades, que parcial ou totalmente não podem ser satisfeitas por si, num período de tempo variável, de acordo com a sua condição clínica (AESOP, 2006).

De acordo com Smeltzer, Bare, Hinkle, e Cheever (2011), a experiência cirúrgica divide-se em três fases: pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória. A pré-operatória começa quando é tomada a decisão de realizar a cirurgia e termina com a transferência do doente para o bloco operatório. A intraoperatória inicia-se quando o doente é transferido para o bloco operatório, terminando quando este é conduzido à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), também designada de recobro anestésico. Por último, a pós-operatória começa com a admissão do doente na UCPA e termina com uma avaliação de acompanhamento ainda no hospital ou no domicílio.

Segundo Callegaro, Baggio, Nascimento, e Erdmann (2010), todas estas fases são dotadas de importância para os cuidados, e compete à equipa de enfermagem estabelecer uma interação eficiente e personalizada junto do doente, de modo a dar resposta às suas necessidades de uma forma holística.

Independentemente do nível de consciência do doente, dependendo do tipo de anestesia a que for submetido, este necessita de cuidados de enfermagem que visam não só o tratamento da sua patologia específica, mas também, os exigidos por patologias associadas que possam existir, por necessidades físicas e psíquicas que não

possa exprimir, mas que estão presentes; a manutenção da sua integridade física; e a prevenção da infeção e outros acidentes. De acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2006), todos estes cuidados devem assegurar uma linha de tratamento contínua e sem quebras, antes, durante e após a intervenção cirúrgica.

O enfermeiro perioperatório foca a sua atenção no doente de modo holístico, através de um processo intelectual, científico e metódico, operacionalizando os seus conhecimentos para cuidar melhor, constituindo sem dúvida, uma garantia de qualidade, de continuidade e de educação face ao doente e família e até junto da equipa multidisciplinar.

O “saber ser” dentro de um bloco operatório implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, capacidade de tomada de decisão e resposta rápida a emergências, controlo de stresse, entre outros. Atualmente, a enfermagem perioperatória coloca em prática os seus conhecimentos específicos, antes, durante e após a cirurgia, e o enfermeiro desenvolve as suas funções de prestador de cuidados, de advogado do doente, de líder, de investigador, de educador e de gestor (AESOP, 2006).

Segundo Renca, Gomes, Vasconcelos, e Correia (2010), a equipa de enfermagem perioperatória tem a responsabilidade fulcral de ajudar o doente cirúrgico a compreender e a lidar com as alterações físicas, psicológicas e sociais, com as circunstâncias e complexidades que envolvem o momento cirúrgico, de modo a este poder adquirir um certo sentimento de domínio. A comunicação que é estabelecida com o doente, família e conviventes significativos acerca da sua situação clínica e do significado que todo este processo tem na vida do indivíduo é basilar. Deste modo, os autores reforçam a ideia de que o enfermeiro deve colocar todo um leque de conhecimentos específicos da profissão na prática, manifestado através de ações e comportamentos no modo de cuidar. Cuidar esse que abrange uma dimensão múltipla, enfatizando necessidades biológicas e emocionais.

No seguimento do que foi referido anteriormente, também Alves (2010) considera que na humanização dos cuidados, o enfermeiro distingue-se pela sua formação e experiência, devendo valorizar a vertente humana/social e a técnica/profissional para que se integrem na díade humanizar e personalizar dos cuidados de Enfermagem, minorando ao máximo os efeitos da hospitalização e da experiência cirúrgica, de forma a potencializar os seus eventuais efeitos positivos.

1.3.1 – Período Pré-Operatório

Como referido anteriormente, o pré-operatório inicia-se no momento em que o doente tem indicação e aceita a realização da cirurgia e prolonga-se até à sua entrada no bloco operatório.

A intervenção do enfermeiro inicia-se habitualmente nas 24h que antecedem a intervenção cirúrgica, coincidindo normalmente com o momento em que o doente é internado. É comum nesta altura o doente cirúrgico necessitar de um maior apoio emocional, manifestando elevados níveis de ansiedade, visíveis pela apresentação de sentimentos de medo e preocupação, quer porque estão, alguns deles, a entrar num mundo completamente incógnito, onde serão sujeitos a técnicas desconhecidas e algumas delas dolorosas, quer pela pouca ou nenhuma informação acerca da cirurgia a que irão ser submetidos (no que consiste a intervenção, o tipo de procedimentos que a antecedem e o que compreende a sua recuperação) (Ribeiro, 2010).

Segundo Fernandes et al. (2010), o objetivo principal da avaliação pré-operatória é otimizar a condição clínica do doente cirúrgico, de modo a reduzir a morbilidade e mortalidade perioperatórias. A sua implementação e necessidade justificam-se pela ocorrência de complicações clínicas no período pós-operatório, nomeadamente por exacerbação de doença preexistente ou aparecimento de doenças inesperadas, exigindo intervenção terapêutica.

É imperativo proceder a uma avaliação do risco cirúrgico, verificando o estado clínico do doente e definindo o risco existente. Neste sentido, é necessária a realização de alguns Meios Complementares de Diagnóstico (MCD) como sejam o Raio-X ao Tórax, o Eletrocardiograma (ECG) e análises sanguíneas. Estes exames são realizados por rotina e ajudam a garantir a segurança do doente no ato anestésico e cirúrgico. São úteis quando há suspeita ou diagnóstico de alguma doença durante a avaliação clínica inicial, e para detetar anormalidades que possam interferir com a morbilidade e mortalidade pós-operatórias.

Fernandes et al. (2010) defendem que o período pré-operatório deve incluir uma preparação física e psicológica que contemple uma avaliação rigorosa e o mais completa possível do doente, de modo a uniformizar procedimentos ou instituir protocolos de atuação. É importante a realização de uma boa anamnese, exame físico, e a estimativa do risco cardíaco, as complicações pulmonares e/ou infecciosas e a capacidade funcional. Os autores advogam também que os MCD podem ser necessários para uma avaliação e monitorização complementar de condições clínicas

específicas, que possam sofrer alterações durante a intervenção cirúrgica e procedimentos associados.

Há algum tempo que se tem vindo a reconhecer o quão importante é o ensino pré-operatório ao doente cirúrgico. Cada doente deve ser visto como um indivíduo único com as suas preocupações e necessidades próprias, devendo o ensino ser iniciado pelos enfermeiros, logo que possível, continuando até que o doente chegue ao bloco operatório.

O impacto do próprio internamento e dos procedimentos cirúrgicos pode levar o doente a uma enorme diversidade de conflitos internos, conduzindo a alterações estruturais e funcionais, e conseqüentemente a desequilíbrios emocionais e psicossociais que favorecem o aumento da ansiedade. Esta motiva sentimentos de medo, stresse e desconforto que se vão intensificando à medida que os procedimentos anestésicos e cirúrgicos se aproximam. Frequentemente são situações que ocorrem quando o acolhimento no serviço de internamento não é satisfatório para o doente, e as suas necessidades, dúvidas e expetativas relacionadas com o pré-operatório não são priorizadas (Barbosa, Terra, & Carvalho, 2014).

Segundo Costa, Silva, e Lima (2010), as expetativas vividas pelo doente enquanto espera pela cirurgia, o medo da anestesia, da invalidez e até da morte (considerados riscos iminentes de uma cirurgia), podem interferir no decurso do processo de cirurgia em si, mas também na sua recuperação. Neste seguimento, Christóforo e Carvalho (2009) referem que a visita do enfermeiro da sala de operações no período pré-operatório, costuma ser o procedimento mais importante no alívio destes sentimentos. De acordo com estes autores, o ato anestésico e a própria cirurgia são elementos causadores de grande ansiedade para o doente, a Visita de Enfermagem Pré-Operatória (VEPO) deve ser efetuada a todos os doentes, antes da cirurgia, de forma a prepará-los convenientemente.

Referindo ainda os mesmos autores, existem vários cuidados de enfermagem realizados aos doentes durante o período pré-operatório imediato, nomeadamente: troca da roupa pessoal pela da instituição, avaliação do jejum, monitorização dos sinais vitais, retirada de roupa íntima, joias e próteses, preparação gastrointestinal, cuidados de higiene, tricotomia nos casos em que é necessária, verificação de antecedentes alérgicos, administração de medicação pré-anestésica e transporte para o bloco operatório. Torna-se assim necessária a avaliação e preparação física e emocional, promovendo desde logo a recuperação e a diminuição de complicações no pós-operatório, pois estas estão frequentemente relacionadas com uma inadequada

preparação pré-operatória. É também importante ressaltar que por vezes os doentes recebem as orientações acerca do pós-operatório a partir do médico, conduzindo à necessidade dos enfermeiros enfatizarem as informações acerca do ato anestésico-cirúrgico, evidenciando que devem preparar-se para este processo educativo. A preparação pré-operatória contribui para ajudar o doente a enfrentar a cirurgia, reduzindo a sua ansiedade, os seus medos e as preocupações originadas pelos procedimentos a que vai ser submetido (Perrando et al., 2011).

No seu estudo, Christóforo e Carvalho (2009) verificaram que no pré-operatório, alguns cuidados de enfermagem são prestados com maior frequência que outros, deixando uns de ser efetuados em detrimento de outros, realizados sem necessidade. Por vezes, o doente não tem conhecimento/informação do motivo pelo qual lhe é prestado determinado cuidado, o que poderá conduzir ao aumento da ansiedade em relação à cirurgia. À semelhança de outros autores, propõem a VEPO de modo a avaliar e orientar o doente em relação a todo o período intraoperatório, esclarecendo as suas dúvidas.

Como refere Pritchard (2011, p. 35), “a admissão ao hospital para uma cirurgia iminente é geralmente aceite como uma experiência *estressante*, provocando ansiedade em muitos pacientes”. É decorrente deste facto que surge a grande importância da preparação do doente cirúrgico no pré-operatório.

Importa ainda frisar que é no período pré-operatório que o enfermeiro deve explorar os conhecimentos que o doente tem e averiguar as suas expectativas em relação àquele tratamento cirúrgico, assim como avaliar se já teve experiências cirúrgicas anteriores. Estes dados permitirão obter informações sobre possíveis reações ou complicações (Marek & Boehnlein, 2010).

Concluindo, e de acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2006), os objetivos gerais da prática de cuidados de enfermagem no período pré-operatório, constam de:

- ◆ Planear a presença do doente no bloco operatório, dando resposta às suas necessidades; decidir e tomar medidas, antes da admissão do doente, individualizando e personalizando os cuidados a prestar;
- ◆ Ter em conta as necessidades individuais do doente, quer elas sejam físicas ou psicológicas;
- ◆ Elaborar um plano de cuidados individual, cumpri-lo e avaliá-lo;
- ◆ Executar as intervenções de um modo eficaz e efetivo;

- ◆ Garantir a integridade física e psicológica do doente.

1.3.2 – Informação de Enfermagem ao Doente no Pré-Operatório

A enfermagem desempenha um papel fundamental na satisfação das necessidades dos doentes, nomeadamente nas necessidades de informação quando estes são confrontados com a possibilidade de serem submetidos a uma intervenção cirúrgica (Gomes, 2009). De um modo geral, podemos afirmar que o doente sente a necessidade de obter informações sobre diversos aspetos em contexto de saúde, e cabe ao enfermeiro o dever de transmitir dados sobre a sua situação clínica e cuidados de enfermagem.

O Código Deontológico do Enfermeiro refere, no artigo 84º, o dever de informar, isto é, o enfermeiro assume o dever de:

- a) “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2005, p. 109).

Também a Lei de Bases da Saúde estabelece o direito do doente a “(...) ser informado sobre a sua situação de saúde (...)” (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, Base XIV, nº 1, alínea e), p. 3454). Essa informação deve ser real, clara e precisa, de modo a que o doente fique sem dúvidas e não faça uma interpretação errada dos acontecimentos. Torna-se por isso essencial, adaptar a linguagem aos conhecimentos do doente, ao seu nível de escolaridade, cultura e idade. No caso de o doente recusar obter esclarecimentos sobre a sua situação, a sua vontade deve ser respeitada, de acordo com princípio da autonomia (Gomes, 2009).

Um estudo descritivo-correlacional realizado por Martins (2009) demonstrou que os inquiridos estavam insatisfeitos com a informação que recebiam sobre a sua situação de saúde/doença. De acordo com este autor, quanto mais satisfeitos estiverem os doentes com a informação que têm, menor será a sua morbidade, ou seja, menor será a ocorrência e intensidade dos sintomas. Estes resultados contribuem para a legitimação de uma componente importante dos cuidados de enfermagem, que é a informação aos doentes, sugerindo maior investimento dos enfermeiros nesta área.

Relativamente ao consentimento informado, parte-se do princípio que sem este, nenhum cuidado em saúde faz sentido, particularmente a experiência cirúrgica. A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2005, p. 111) refere-o como “o ‘último’ passo depois da informação e validação da mensagem para que o utente possua a informação e se sinta livre para decidir”.

No caso específico do doente cirúrgico, é necessário que antes da realização da intervenção, se obtenha o consentimento para a cirurgia, sendo este um dever do médico. No entanto, é da responsabilidade do enfermeiro assegurar que o consentimento é obtido de forma voluntária e após o doente ter sido informado e esclarecido dos possíveis riscos, complicações, resultados esperados, benefícios, incapacidades e do que pode esperar no pós-operatório (Ex.: dor, presença de dispositivos médicos, entre outros) (Smeltzer et al., 2011).

Gonçalves e Braga (2012) defendem o efeito positivo do fornecimento de informação ao doente cirúrgico no período pré-operatório na redução dos níveis de ansiedade, no tempo de recuperação, nas complicações cirúrgicas, utilização de analgesia e na satisfação e adesão aos tratamentos.

As autoras anteriormente citadas referem que a educação pré-operatória deve concretizar-se através de uma intervenção estruturada e exequível com o objetivo de diminuir a ansiedade gerada por eventos stressantes, relacionados com a anestesia e cirurgia. Essa intervenção deve ser personalizada e centrada no doente, correspondendo às necessidades informativas individuais, sendo iniciada a partir da admissão do doente na unidade de internamento.

Como o doente, que aguarda uma cirurgia programada, é habitualmente internado nas 24h que antecedem a intervenção, a preparação pré-operatória é realizada fundamentalmente pelo enfermeiro ao longo do pré-operatório imediato, tanto ao nível físico como psicológico. À medida que se consolida a relação enfermeiro-doente, é estabelecida uma importante relação de ajuda, as informações e explicações são fornecidas faseadamente, de modo individualizado, de acordo com a perceção do enfermeiro e as dúvidas e questões do doente (Ribeiro, 2010).

De acordo com Walker (2007), o fornecimento de informação pré-operatória divide-se em três categorias:

- ◆ Informações relacionadas com a saúde, como por exemplo as informações relativas ao autocuidado, solicitação de analgesia ou incentivo à deambulação precoce;

- ◆ Ensino de habilidades, que poderá incluir os exercícios/atividades que ajudam a reduzir a incidência de complicações no período pós-operatório;
- ◆ Apoio psicossocial, colocando em prática intervenções com o intuito de reduzir a ansiedade e possíveis mecanismos de *coping*.

Resumidamente, Estrela (2012) refere que há ensinamentos a serem transmitidos a todos os doentes cirúrgicos, tais como: a necessidade de pausa alimentar, a avaliação pré-operatória, a preparação física, o acompanhamento para o bloco operatório, permanência no bloco operatório antes da cirurgia e ambiente da sala operatória, visitas no pós-operatório, os dispositivos médicos e sensações associadas, métodos de controlo da dor, preparação da alta hospitalar, métodos de controlo da ansiedade, efeitos da medicação anestésica, sensação do primeiro levante e a tosse como meio de prevenção de complicações respiratórias no pós-operatório.

De modo ideal, o ensino de enfermagem no pré-operatório deve ser espaçado durante um determinado período de tempo, permitindo ao doente assimilar a informação e colocar questões quando estas surgirem. O enfermeiro deve validar a informação que transmitiu e permitir um espaço temporal para o doente colocar as suas dúvidas. Alguns doentes podem até considerar exagerados alguns detalhes descritivos da informação fornecida, o que aumentará o seu nível de ansiedade, devendo o enfermeiro respeitar a sua vontade, dando informação menos detalhada (Smeltzer et al., 2011).

Comprovando o que foi referido anteriormente, Nigussie, Belachew, e Wolancho (2014) concluíram no seu estudo que o fornecimento de informação no período pré-operatório consegue reduzir o nível de ansiedade do doente cirúrgico. Isto é, existe uma correlação inversa na medida em que se aumentamos o fornecimento de informações acerca do ato anestésico-cirúrgico, estamos a diminuir a ansiedade-estado dos doentes no pré-operatório.

De acordo com Ribeiro (2010), a problemática do impacto da informação estruturada na ansiedade pré-operatória justifica-se pelo facto de responder ao medo do desconhecido do doente, permitindo-lhe exprimir e exteriorizar as suas crenças. Por outro lado, humaniza e personaliza a relação enfermeiro/doente e constitui um direito garantido por lei.

A autora referida anteriormente assinala que um dos objetivos dos cuidados de enfermagem no pré-operatório é o ensino e a preparação psicológica do doente, pretendendo-se o seu entendimento acerca das rotinas pós-operatórias para uma futura participação nesses mesmos cuidados. Só um profundo esclarecimento dos doentes

sobre a anestesia e a cirurgia, a presença de determinado tipo de dispositivos no pós-operatório, a progressão na dieta e mobilização, o alívio da dor após a cirurgia e o tempo de internamento, permitirão que estes fatores não constituam surpresa nem sejam geradores de ansiedade.

2 – ANSIEDADE E O DOENTE CIRÚRGICO

Segundo a American Psychiatric Association (APA, 2014), as perturbações de ansiedade incluem transtornos que partilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas. O medo é a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura. A ansiedade é frequentemente associada a tensão muscular e a um estado de alerta para preparar um perigo futuro e comportamentos constantes de fuga. Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que os induzem. Como os indivíduos com ansiedade superestimam o perigo das situações que temem ou evitam, a determinação primária do quanto esse estado é excessivo ou desproporcional pelo profissional de saúde, deve ter em conta fatores contextuais e culturais.

Também Serra (1980) distingue o conceito de medo do de ansiedade. Segundo o autor, o medo é um sentimento produzido por um perigo presente e iminente, isto é, consiste numa resposta a uma ameaça conhecida e concreta. Por outro lado, a ansiedade é a antecipação de um perigo indefinido e imprevisível, constituindo-se assim como uma resposta a uma ameaça desconhecida e vaga. Enquanto o termo medo é usado em situações em que a pessoa tem conhecimento da situação ameaçadora, a ansiedade é uma emoção gerada por uma fonte desconhecida para o indivíduo. No fundo, pode definir-se ansiedade como um medo sem objeto.

Os doentes que são submetidos a uma cirurgia ficam expostos a uma grande diversidade de emoções e sentimentos no período que abrange este acontecimento nas suas vidas, podendo interferir diretamente na sua recuperação. Há evidências de que a sintomatologia ansiosa pode levar, de forma independente, a uma redução da proteção do sistema imunitário e da qualidade de vida, interferindo assim negativamente na evolução clínica do doente.

2.1 – ANSIEDADE: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

Segundo Salles e Silva (2011), a ansiedade é estudada em diferentes áreas, nomeadamente psicossomática e psiconeuroimunologia, como sendo um fator

predisponente para diversas doenças, mostrando que a minimização dos comportamentos ansiosos se traduz em benefícios para a saúde dos indivíduos.

Existe um conjunto de vários fatores relacionados com o desenvolvimento do estado emocional de ansiedade, a saber: fisiopatológicos, qualquer fator que interfere nas necessidades humanas básicas, conforto e segurança; situacionais, aspetos que têm a ver com uma ameaça para o autoconceito (secundária à mudança no *status*, perda de posições, dilema ético); relacionados com a perda real ou percebida de pessoas significativas (ameaça de morte ou do estado de saúde, separação temporária ou permanente); referentes a perda real ou percebida da integridade biológica (necessidades humanas básicas não satisfeitas); relacionados com a perda real ou percebida no ambiente ou contexto (secundária à hospitalização, risco de segurança e mudança); relativos à situação económica (desemprego ou promoção); conflitos inconscientes quanto às metas de vida e valores pessoais; crises maturacionais e padrões de interação (Carpenito-Moyet, 2011; Nanda, 2015).

Ainda segundo os autores anteriores, a ansiedade engloba características definidoras que variam de acordo com o nível da mesma, e que podem ser afetivas/emocionais, cognitivas, fisiológicas, comportamentais, parassimpáticas e simpáticas.

As perturbações de ansiedade patológica são difíceis de controlar e interferem com o funcionamento dos diferentes sistemas orgânicos, enquanto, as preocupações quotidianas são percebidas como mais controláveis, podendo ser adiadas e tendo uma menor probabilidade de serem acompanhadas por sintomas físicos como a fadiga excessiva, agitação e irritabilidade. Frequentemente, ocorrem sem acontecimentos precipitantes, e quanto maiores forem as circunstâncias que preocupam o indivíduo excessivamente, maior será a probabilidade de estabelecer um diagnóstico (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Os modelos teóricos atuais têm origem numa dicotomia que distingue a ansiedade orientada para o estímulo, vista como uma resposta a um impulso específico (situações, emoções, pensamentos), da ansiedade como resposta, em que é explorada como resposta emocional em si, independentemente do estímulo (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

O Modelo da Ansiedade Traço/Estado foi desenvolvido por Spielberger em 1972 e diferencia a ansiedade em dois tipos. Por um lado, a ansiedade como um estado emocional transitório, em resposta a uma situação concreta e incontrolável, ansiedade-estado, e por outro, como algo mais permanente que corresponde a um traço da personalidade do indivíduo, ansiedade-traço. Não existe uma ligação consistente entre

elevados níveis de ansiedade-traço e as manifestações de ansiedade-estado em situações que envolvam perigo, como a anestesia e a cirurgia (Daniel, 1996).

A ansiedade-estado foi conceptualizada por Spielberger como um estado emocional transitório que é caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão e apreensão, conscientemente percebidos pelo aumento de atividade do sistema nervoso autónomo. Segundo o autor, estes fenómenos podem variar em intensidade e flutuar no tempo (*Idem*).

No que se refere à forma de avaliação desta emoção, não existe um modo de abordagem universalmente aceite, havendo sempre vantagens e desvantagens a apontar a cada um.

Relativamente às principais vantagens dos instrumentos de autoavaliação, realçam-se a sua facilidade de aplicação e o facto de o doente que experimenta o fenómeno em estudo ser a única fonte. De entre as desvantagens deste método destacam-se a desiderabilidade social, o facto de o doente poder responder algo premeditado na tentativa de obter um ganho secundário e a impossibilidade de aplicar os instrumentos a doentes iletrados (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

O instrumento ideal para avaliar a ansiedade deve ser o mais adequado à população e ao objetivo, que seja fácil de utilizar, que esteja validado para a população em estudo e que seja largamente utilizado por outros investigadores com a idêntica finalidade.

O *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) foi desenvolvido por Spielberger para o estudo da ansiedade. Avalia a ansiedade-estado e a ansiedade-traço.

2.2 – ANSIEDADE DO DOENTE PERANTE O ATO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO

Segundo Ribeiro (2010), a ansiedade pré-operatória, cabe no conceito anteriormente mencionado para a ansiedade-estado, consiste numa resposta emocional antecipatória face a uma experiência que o doente percebe como ameaçadora à sua vida (pelo confronto com a sua própria morbidade e mortalidade), à sua integridade física (dor e mutilação), ao seu estado de consciência (por meio da anestesia geral), à sua segurança (separação familiar e alterações de papéis), e por último, ao seu sucesso (perda de progressão laboral, do próprio emprego ou mesmo invalidez).

O modo como o doente cirúrgico encontra ou reencontra o seu bem-estar emocional, o bem-estar nas relações que estabelece inserido nos diferentes contextos e o nível de conhecimentos conseguido, permite-lhe viver face a uma situação imposta e à qual se

tem que adaptar, assumindo uma nova identidade reformulada e que deve assentar na identidade anterior. É um processo ativo e cognitivo no qual a pessoa intervém para manter a sua saúde e gerir a sua situação de doença (Mendes, Bastos, & Paiva, 2010). Isto é conseguido por meio de um conjunto de intervenções que se iniciam desde logo no momento da admissão na instituição hospitalar, percorrendo posterior e gradualmente todas as etapas inerentes ao processo cirúrgico, já referidas atrás.

De acordo com Torrati (2009), a ansiedade está presente nas diferentes fases do período perioperatório, devido ao receio que os doentes sentem face ao ato anestésico-cirúrgico. O medo do desconhecido é uma das causas mais importantes de ansiedade no período pré-operatório, para além da dor no pós-operatório, da perda de um membro ou órgão, da anestesia, da vulnerabilidade pelo estado de inconsciência, da perda dos papéis familiares e sociais, da perda de um emprego, da rutura do estilo de vida, da separação de pessoas significativas e do risco de morte.

Também Passos (2009) afirma que a ansiedade e o medo associados à antecipação de um procedimento cirúrgico, assim como a preocupação com uma recuperação eficaz, poderão exercer uma forte influência na reação do doente perante a cirurgia e em todo o processo de restabelecimento, gerando sentimentos de incerteza, isolamento, dor, mutilação, mudança na imagem corporal e ameaça à integridade física e psicológica.

Qualquer procedimento cirúrgico é antecipado por uma reação emocional, quer seja ela óbvia ou oculta, normal ou patológica.

A ansiedade pré-operatória pode ser uma resposta antecipada a uma experiência que o doente concebe como uma ameaça ao papel de vida diário, integridade corporal ou até mesmo à própria vida. O sofrimento psicológico influencia diretamente o seu funcionamento corporal, sendo fundamental, identificar o nível de ansiedade que o doente está a experienciar (Smeltzer et al., 2011).

As respostas a uma cirurgia começam antes da intervenção em si, quando essa possibilidade se começa a impor na consciência do indivíduo como possibilidade real. Poderá haver uma fase de ansiedade aguda durante o período de espera pelas consultas e resultados dos exames realizados, um outro tipo de ansiedade relacionado com o internamento e ainda outro motivado pela anestesia e intervenção cirúrgica (Ribeiro, 2010).

Segundo a mesma autora, a ansiedade pode ser reduzida se o doente perceber a cirurgia como algo positivo, se servir de alívio ao desconforto ou melhorar o aspeto físico. Por outro lado, normalmente a ansiedade é mais elevada quando a situação

patológica subjacente representa ameaça à vida. A cirurgia distingue-se dos restantes procedimentos médicos pelo facto de representar uma invasão e manipulação do espaço corporal do doente, representando um grande valor simbólico para este.

Para Bailey (2010), a ansiedade é uma reação humana a qualquer situação desconhecida, embora afirme que a ansiedade no período perioperatório seja considerada como uma parte normal da experiência cirúrgica, sendo um problema generalizado com impacto na saúde. A ansiedade em doentes cirúrgicos pode aumentar a necessidade de anestesia, o que aumentará consequentemente o risco anestésico. Para além disso, a ansiedade traduz-se num aumento da dor no pós-operatório, com necessidade de aumento da medicação que pode afetar a recuperação dos doentes, e diminuição da atividade, o que amplia o risco de tromboembolias. A ansiedade também tem um impacto importante no aumento do risco de infeção por estar associada à diminuição da resposta do sistema imunitário.

Importa ainda referir, que as pessoas expressam o sentimento de ansiedade e medo de modo diferente. De acordo com Smeltzer et al. (2011), um doente pode colocar repetidamente inúmeras questões, ainda que as respostas já tenham sido dadas anteriormente. Por outro lado, outra pessoa pode simplesmente abster-se, evitando deliberadamente a comunicação, eventualmente através da leitura ou a ver televisão, e outros, podem ainda conversar sobre assuntos banais. Assim, o enfermeiro deve ser enfático, ouvir bem o doente que tem perante si e fornecer informações que ajudem a aliviar as suas preocupações.

De acordo com as mesmas autoras, existem algumas estratégias cognitivas que podem ser úteis para aliviar a tensão, diminuir a ansiedade e o medo, de modo a alcançar um estado de relaxamento. Essas estratégias passarão pelas seguintes:

- ◆ Imaginação, em que o doente se concentra numa experiência agradável ou num episódio de vida relaxante;
- ◆ Distração, onde o doente pensa numa história ou momento agradável, recita uma canção ou poema favoritos;
- ◆ Auto recitação otimista, levando o doente a falar acerca de pensamentos otimistas, como por exemplo “*Sei que tudo irá correr bem*”.

As linhas orientadoras para a intervenção neste domínio, centram-se no ensino, instrução e treino como forma de o doente, família e conviventes significativos colaborarem diretamente nos cuidados, e no mitigar de intervenções menos positivas, de forma a gerir conflitos e sentimentos. A comunicação terapêutica é um recurso que

o enfermeiro utiliza de modo intencional para poder identificar e intervir nos problemas do doente, requer a utilização de uma linguagem apropriada, novos métodos de comunicação e de escuta (Renca, Gomes, Vasconcelos, & Correia, 2010). A qualidade do relacionamento entre o enfermeiro e o doente é um contributo de excelência para a humanização dos cuidados durante todo o processo cirúrgico.

De acordo com Alves (2010), as intervenções não farmacológicas e autónomas de enfermagem podem ser de natureza psicológica (cognitivas ou comportamentais), ambientais (modificação de equipamentos) e sociais. Têm como objetivo principal, capacitar o doente na transmissão do desconforto psicológico e físico, sendo indicadores deste processo, a descrição que o indivíduo faz da própria ansiedade, os padrões e mecanismos efetivos que desenvolve para enfrentar a situação, traduzindo-se numa redução de ansiedade, ensinamento para o controlo de impulsos e orientação antecipada (Carpenito-Moyet, 2011).

O próprio ambiente do bloco operatório pode parecer frio e ameaçador para o doente, que se sente isolado e apreensivo. Neste sentido, espera-se do enfermeiro da sala de operações que se apresente, se dirija ao doente tratando-o pelo nome de forma frequente, verifique detalhes que considere importantes, forneça informações e encoraje a formulação de perguntas, respondendo-lhes de modo a propiciar uma sensação de profissionalismo e empatia que irá ajudar o doente a sentir-se mais seguro e relaxado.

Segundo Smeltzer et al. (2011), quando o enfermeiro explica ao doente o que este pode esperar da cirurgia, deve utilizar competências básicas de comunicação, como o toque e o contacto visual para diminuir a ansiedade. Informar o doente acerca de quem estará na sala da cirurgia, quanto tempo se espera que dure o procedimento e outros detalhes, ajudam o doente a preparar-se para a experiência cirúrgica e a ganhar uma sensação de controlo.

Em adultos, a prevalência da ansiedade pré-operatória pode variar entre 60% e 80%, tendo provavelmente o contexto um papel importante. Os doentes oncológicos a aguardar cirurgia são, de um modo geral, mais ansiosos do que os restantes, apresentando níveis mais elevados de ansiedade no pré-operatório e terão uma recuperação mais lenta e complexa no pós-operatório. Os principais fatores de risco em adultos para este tipo de ansiedade são a doença oncológica, tabagismo, transtornos psiquiátricos (incluindo distúrbios de ansiedade e depressão), dor moderada a grave no pré-operatório, a dimensão da cirurgia e o sexo feminino (Amouroux, Salvador, & Annequin, 2010).

No estudo efetuado por Mitchell (2012) com doentes cirúrgicos, o autor obteve uma prevalência de ansiedade de 82,4% no dia da cirurgia.

Assim, Goffin (2010) defende que qualquer profissional de saúde deve ter em conta o conhecimento baseado nas evidências científicas atuais acerca da forma de avaliar, planejar, intervir e avaliar de novo os cuidados perioperatórios, face aos níveis de ansiedade pré-operatórios manifestados por doentes e seus familiares. A mesma autora entende a ansiedade como um estado emocional complexo em que o medo e a apreensão são as características mais frequentes. Tudo isto poderá ser o resultado de um sentimento de impotência, dado que ao serem admitidos no hospital para serem submetidos a cirurgia, os doentes sentem que têm pouca ou nenhuma influência sobre os seus próprios cuidados. A autora conclui que cada doente tem a sua própria maneira de lidar com a ansiedade, e que é necessária uma abordagem holística, centrada no doente. A comunicação, o fornecimento de informações, o reenquadramento cognitivo e o toque terapêutico são intervenções que o enfermeiro pode usar para ajudar a aliviar a ansiedade pré-operatória.

No sentido de minimizar os estados emocionais sentidos pelo doente antes da intervenção cirúrgica e facilitar os processos de transição, o enfermeiro deve ter em atenção a promoção, construção e desenvolvimento do seu saber alicerçado num corpo de conhecimentos e competências técnicas, científicas, humanas e relacionais individualizadas e consolidadas na prática dos cuidados. Deve ainda, desenvolver uma forte consciência ética, estabelecer uma relação de ajuda e empatia, identificar os potenciais problemas e angústias, planejar uma intervenção adequada às necessidades individuais do doente, e promover capacidade de reflexão, decisão e ação ao longo de todo o processo de cuidar (Alves, 2010).

2.3 – FATORES QUE INFLUENCIAM A ANSIEDADE NO PRÉ-OPERATÓRIO

Atualmente é consensual que a ansiedade representa uma resposta normal em doentes no período pré-operatório, e são vários os fatores que medeiam as suas diversas reações (Lopes, 2011).

Como já foi referido anteriormente, a diminuição da ansiedade pré-operatória melhora substancialmente os resultados intra e pós-operatórios, sendo influenciada pelo contexto familiar, pessoal, cirúrgico e informativo. O papel da família consiste num sistema de suporte emocional durante o internamento que contribui para a diminuição significativa dos estados de ansiedade dos doentes internados. No que diz respeito ao

contexto pessoal, o nível de ansiedade pré-operatória é mais elevado em doentes do sexo feminino pertencentes a faixas etárias inferiores e com menor nível de instrução. Alguns estudos demonstram que os doentes com experiências cirúrgicas anteriores, com complicações pós-operatórias, ou com patologia maligna, evidenciam mais ansiedade comparativamente aos que nunca foram intervencionados (Ribeiro, 2010).

De acordo com a autora anterior, a ansiedade pré-operatória está extremamente relacionada com o défice de conhecimentos do doente em relação à cirurgia a que vai ser submetido, sendo mais reduzida quando os mesmos se encontram com um maior nível de conhecimento. A transmissão da informação pré-operatória deve respeitar a individualidade e as necessidades de cada um, visto que, pouca informação pode aumentar os níveis de ansiedade, mas o contrário também se verifica. Assim, a intervenção do enfermeiro deve ser individualizada, tendo em consideração as capacidades de compreensão e aprendizagem do doente, de modo a aumentar o seu nível de conhecimentos e atenuar a ansiedade.

Num estudo efetuado por Lopes (2011), a ansiedade-estado no pré-operatório sofreu influência do sexo, sendo superior nas mulheres (47.0%) face aos homens (31.2%), diferença considerada bastante significativa; das habilitações académicas/literárias em que os doentes que não sabem ler nem escrever manifestaram maior ansiedade pré-operatória; e da idade, observando-se que quanto maior a idade, maior será o nível de ansiedade. A autora refere ainda que os doentes que tiveram VEPO (59.4%) têm menor sintomatologia ansiosa e melhores conhecimentos.

Também Mitchell (2012) levou a cabo um estudo cujo objetivo consistiu em investigar a possível influência do sexo e do tipo de anestesia sobre a ansiedade no pré-operatório. Os resultados mostraram que de um modo geral os doentes preferem receber informações acerca do ato anestésico-cirúrgico entre uma a quatro semanas antes do dia da cirurgia. Os doentes que iam ser submetidos a anestesia geral apresentaram níveis de ansiedade mais elevados, comparativamente com os restantes e desejavam ter mais informação do que os doentes sujeitos a outros tipos de anestesia (local ou regional). Em relação ao sexo, as doentes são mais ansiosas, com resultados estatisticamente significativos, começando essa ansiedade mais cedo que nos doentes do sexo oposto.

Neste sentido, o autor concluiu que a ansiedade pré-operatória é experienciada pela maioria dos doentes, sendo mais prevalente no sexo feminino e naqueles que são submetidos a anestesia geral.

Relativamente ao tempo que o doente aguarda em lista de espera para ser submetido a cirurgia eletiva, Santos (2010) refere que qualquer acontecimento simples não esperado, como é o caso do tempo de espera para a realização de uma intervenção cirúrgica, desencadeia o aparecimento de reações emocionais tanto para o doente, como para os seus familiares e conviventes significativos.

Também Mavridou, Dimitriou, Manataki, Arnaoutoglou, e Papadopoulos (2013) pretenderam estudar numa amostra de 400 doentes, o efeito de algumas variáveis sobre a ansiedade pré-operatória. Em relação ao ato anestésico-cirúrgico, obtiveram que as principais fontes de ansiedade referidas pelos doentes foram a dor no pós-operatório (84%), a possibilidade de não virem a acordar da anestesia (64,8%), ter náuseas e/ou vômitos (60,2%) e a presença de dispositivos como drenos e cateteres (59,5%). O sexo mostrou também ser um dos fatores influenciadores da ansiedade, sendo este fenómeno mais frequente nas mulheres.

Estes autores estudaram ainda a influência da idade, nível de escolaridade e experiências prévias com anestesia. Os resultados mostraram que os doentes mais novos tinham mais medo de acordar durante a cirurgia. Por outro lado, os doentes com menores habilitações académicas mostraram-se mais ansiosos que aqueles em que o nível académico era superior e os que iam ser submetidos a uma anestesia pela primeira vez, também se encontravam mais ansiosos que os restantes. Os autores deste estudo concluíram ainda que a grande maioria dos doentes (95,5%) deseja conhecer, antes da cirurgia, alguns dos profissionais de saúde que encontrará após a admissão no internamento, o que reflete a necessidade de serem tranquilizados e informados no período pré-operatório.

A informação fornecida aos doentes antes da cirurgia surge em alguns estudos como outro fator influenciador da ansiedade pré-operatória. Gurusamy, Vaughan, e Davidson (2014) no seu trabalho de revisão sistemática da literatura, pretenderam analisar os benefícios da educação formal pré-operatória dos doentes submetidos a colecistectomia por via laparoscópica. Neste sentido, concluíram que devido à pouca evidência disponível, o efeito da informação fornecida pelos profissionais de saúde permanece incerto, sugerindo a realização de mais estudos nesta área.

Jlala, French, Foxall, Hardman, e Bedfordth (2010) afirmam que cerca de um terço dos doentes submetidos a anestesia regional se encontram bastante ansiosos antes da cirurgia, com maior incidência nas mulheres. Segundo eles, o fornecimento de informações, mesmo com recurso a meios audiovisuais, reduz a ansiedade nos períodos pré e pós-operatórios. Pode ser realizado facilmente no pré-operatório,

permitindo ao doente tempo suficiente para reflexão antes da cirurgia, bem como constitui uma oportunidade para colocar as suas dúvidas e, deste modo, tornar a informação que recebeu mais eficaz.

A VEPO representa uma das formas mais seguras e eficazes para proporcionar apoio psicológico e fornecer informações importantes aos doentes propostos para cirurgia programada. Esta visita fornece dados que ajudam na deteção das necessidades informativas do doente cirúrgico, como já foi referido anteriormente.

Sadati et al. (2013) efetuaram um estudo com o objetivo de analisar os efeitos da VEPO sobre a ansiedade e as complicações no pós-operatório, em candidatos de colecistectomia laparoscópica. Concluíram que a VEPO consegue diminuir os níveis de ansiedade e complicações pós-operatórias, e que deve integrar a preparação pré-operatória deste tipo de doentes. Segundo eles, o suporte informativo que esta visita fornece, resulta numa melhor perceção por parte do doente relativa à anestesia, cirurgia e recuperação.

Numa amostra de 500 doentes cirúrgicos, Yilmaz, Sezer, Gürler, e Bekar (2012) pretenderam analisar os seus níveis de ansiedade pré-operatória e identificar os possíveis preditores. Os resultados do estudo mostraram que existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas (sexo, nível académico, estado civil, idade) dos doentes, a presença de suporte social e o nível de ansiedade antes da cirurgia.

Nigussie et al. (2014) concluíram no seu estudo que a ansiedade pré-operatória era elevada e que não foram tomadas medidas para a reduzir. Os fatores mais comuns encontrados para explicar essa ansiedade consistiram no medo da morte, medo de origem desconhecida, alteração económica e financeira e os resultados pós-operatórios. Os fatores correlacionados positivamente com a ansiedade foram o estado civil de divorciado e o tempo de duração da cirurgia. As medidas que mostraram diminuir a ansiedade foram o fornecimento de informação pré-operatória e a realização da cirurgia no período da tarde. Foram ainda encontrados alguns mecanismos de *coping* usados pelos doentes deste estudo, nomeadamente o diálogo com outros doentes e a referência à religião, constituindo neste caso a crença religiosa um fator a ter em conta. Por último, e segundo estes autores, a forma do consentimento informado, a avaliação pré-operatória da ansiedade e as intervenções para a diminuir, não constitui foco de atenção por parte dos profissionais de saúde.

Um estudo transversal com 99 doentes selecionados para cirurgia eletiva, em Espanha, permitiu apurar resultados que vieram corroborar a hipótese de que os doentes que

acreditam precisar de mais conhecimento e informações acerca do procedimento cirúrgico, têm níveis de ansiedade pré-operatória mais elevados do que aqueles que se julgam informados e com os conhecimentos suficientes (Marín, Cortés, Sanz, & Serrano, 2015).

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase metodológica de um estudo de investigação consiste em explicar a forma como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho.

No fundo, é o plano lógico criado pelo investigador no sentido de obter respostas válidas às questões de investigação colocadas e/ou às hipóteses formuladas (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

Assim, este capítulo traduz a sequência das etapas percorridas nos diferentes momentos de pesquisa. Apresentamos de seguida o tipo de estudo, as questões de investigação, os objetivos, a operacionalização das variáveis em estudo, as hipóteses, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, o tratamento estatístico efetuado aos dados colhidos e, por último, os procedimentos formais e éticos.

3 – TIPO DE ESTUDO

De acordo com Fortin, Côté, e Fillion (2009), a metodologia é um conjunto de conhecimentos, métodos e técnicas que conduzem à elaboração do processo de investigação científica numa tentativa de obter uma resposta para o problema a investigar.

A metodologia quantitativa enfatiza o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana, sendo um processo sistemático de colheita e análise de dados.

Este estudo de natureza quantitativa, é um estudo descritivo, dado que pretendemos a descrição e elucidação dos fenómenos ou conceitos relativos a uma população, e correlacional uma vez que nos propomos analisar os resultados de uma determinada população a partir de uma amostra, avaliando se existe ou não relação entre variáveis com vista a descrever essas mesmas relações (Vilelas, 2009).

3.1 – QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Uma questão de investigação consiste num enunciado que deve ser claro, que precisa os conceitos a estudar e especifica a população alvo, sugerindo uma investigação empírica (Fortin et al., 2009).

Para a concretização deste estudo delineámos as seguintes questões de investigação:

- ◆ Quais os fatores que influenciam o nível de ansiedade no pré-operatório, dos doentes propostos para cirurgia programada?
- ◆ Qual a influência da informação pré-operatória acerca do ato anestésico-cirúrgico, sobre a ansiedade dos doentes propostos para cirurgia programada?

Segundo Fortin et al. (2009, p. 99), “O objetivo do estudo num projeto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação”.

Neste sentido, formulamos como objetivos deste estudo:

- ◆ Avaliar a ansiedade pré-operatória dos doentes propostos para cirurgia programada;
- ◆ Avaliar a informação que os doentes têm acerca do ato anestésico-cirúrgico, no pré-operatório de uma cirurgia programada;
- ◆ Analisar se algumas variáveis sociodemográficas influenciam a ansiedade pré-operatória dos doentes propostos para cirurgia programada;
- ◆ Analisar a relação entre a informação acerca do ato anestésico-cirúrgico e a ansiedade pré-operatória manifestada pelos doentes propostos para cirurgia programada.

3.2 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

À luz do atual conhecimento científico, a operacionalização das variáveis constitui-se como uma fase crucial no processo de investigação, contribuindo de modo decisivo para o rigor e objetividade de um estudo. Segundo Vilelas (2009), este processo define-se como o percurso de uma variável, de modo a que nela se encontrem dados empíricos que permitam avaliar o seu comportamento efetivo.

As variáveis deste estudo foram selecionadas em função das questões de investigação e dos objetivos formulados.

Referindo Fortin et al. (2009), a variável dependente é aquela que é afetada e/ou explicada pelas variáveis independentes e irá sofrer alterações com as modificações por elas originadas. No fundo, é esta a variável que o investigador pretende compreender e explicar. Neste estudo, a variável dependente é a “Ansiedade do doente cirúrgico no pré-operatório”, que será avaliada através da escala de ansiedade-estado do IDATE de Spielberger, como se descreve mais à frente.

Os mesmos autores consideram que as variáveis independentes são as que afetam as outras variáveis, não necessitando estar relacionadas entre si. Neste sentido, e decorrente da fundamentação teórica que realizámos, a variável independente é a informação pré-operatória que os doentes têm acerca do ato anestésico e cirúrgico, avaliada através de uma escala por nós construída e apresentada posteriormente.

Ainda de acordo com os autores anteriormente mencionados, as variáveis atributo são as características dos indivíduos num estudo. Neste contexto consideramos: idade, sexo, habilitações literárias/académicas, situação profissional, zona de residência, estado civil, o número de elementos do agregado familiar bem como a previsão de receber ou não visitas durante o internamento, a existência de experiências e complicações cirúrgicas anteriores, o tempo de espera pela cirurgia, o tipo de cirurgia e a respetiva especialidade cirúrgica como as variáveis atributo do nosso trabalho.

Em relação à variável Idade, foi realizada uma pergunta aberta de forma a avaliar a idade dos inquiridos. Para a caracterização da amostra procedemos à formulação de grupos etários, de acordo com os percentis da variável.

Relativamente à variável Sexo, foram apresentados dois grupos de possível resposta: Masculino e Feminino.

A variável Habilitações Literárias/Académicas foi categorizada em cinco classes, de acordo com o Sistema de Ensino Português em vigor: 1.º Ciclo do Ensino Básico, 4.ª Classe (1.º - 4.º Ano); 2.º Ciclo do Ensino Básico (5.º - 6.º Ano); 3.º Ciclo do Ensino Básico (7.º - 9.º Ano); Ensino Secundário ou Equivalente (10.º - 12.º Ano) e Curso Superior.

Quanto à Situação Profissional foram apresentadas aos inquiridos as seguintes categorias de resposta: Estudante, Empregado, Desempregado, Doméstica e Reformado.

A variável Zona de Residência foi categorizada em duas classes: Rural e Urbano.

No que diz respeito à variável Estado Civil, esta foi apresentada em quatro classes: Solteiro, Casado/união de facto, Divorciado/divorciado de facto e Viúvo.

Os inquiridos foram questionados também em relação ao Número de Elementos do Agregado Familiar, através de uma pergunta aberta, tendo sido posteriormente formuladas três categorias (\leq a 2 elementos, entre 3 a 5 elementos e $>$ a 5 elementos), de acordo com os dados obtidos.

No sentido de perceber o grau de apoio social/familiar durante o internamento, os inquiridos foram questionados quanto ao facto de preverem vir a receber visitas de familiares/amigos, tendo-se apresentado as seguintes hipóteses de resposta: Não, Sim ou Não Sabe.

Quanto à variável Experiências Cirúrgicas Anteriores, foi realizada uma pergunta à qual os inquiridos respondiam Sim ou Não e, no caso afirmativo, se sofreram ou não de complicações cirúrgicas.

Em relação à variável Tempo de Espera pela Cirurgia, formulou-se uma pergunta aberta, transformando as respostas dos inquiridos, em dias, no sentido de facilitar a construção da base de dados. Posteriormente, os dados obtidos foram agrupados por classes, em meses para facilitar a análise descritiva.

Quanto ao tipo de cirurgia, foi solicitado aos enfermeiros no momento da entrega do questionário a classificação da intervenção cirúrgica em pequena ou grande cirurgia, para além de se ter em conta a respetiva especialidade cirúrgica (cirurgia geral, ortopedia, urologia e ginecologia). Além disso, foi realizada uma pergunta aberta aos inquiridos “A que é que vai ser operado?”, no sentido de perceber se o doente tinha ou não a perceção da cirurgia a que ia ser submetido. Tendo em conta a grande variabilidade de respostas obtidas, e depois da sua análise, foram divididas em dez categorias: Cirurgia Bariátrica, Cirurgia do Trato Digestivo Alto, Cirurgia do Trato Digestivo Baixo, Cirurgia Ginecológica, Cirurgia Herniária, Cirurgia Urológica, Cirurgia à Anca e Membros Inferiores, Cirurgia à Coluna e Membros Superiores, Cirurgia à Tiróide e Outras (Ex.: Pequena Cirurgia).

3.3 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Para Vilelas (2009), a hipótese de investigação é uma resposta temporária e provisória, que o investigador propõe face a uma interrogação formulada a partir de um problema, sendo que enuncia as relações previstas entre duas ou mais variáveis.

Assim, formulámos um conjunto de hipóteses para conhecer as relações entre o nível de ansiedade no pré-operatório do doente proposto para cirurgia programada com as restantes variáveis do estudo, e que se apresentam de seguida:

- ◆ O nível de ansiedade no pré-operatório do doente proposto para cirurgia programada está relacionado com a idade e o sexo;
- ◆ O nível de ansiedade no pré-operatório do doente proposto para cirurgia programada está relacionado com o apoio familiar durante o internamento;
- ◆ Existe diferença no nível de ansiedade no pré-operatório do doente proposto para cirurgia programada em função das experiências cirúrgicas anteriores;
- ◆ O nível de ansiedade pré-operatória dos doentes propostos para cirurgia programada está inversamente correlacionado com a informação de enfermagem.

3.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin et al. (2009), uma população é um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios, sendo que a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais se desejam fazer generalizações.

Neste estudo, a população foi constituída pelos doentes internados a aguardar uma cirurgia programada.

A amostra de um estudo é uma réplica em miniatura da população alvo, devendo ser representativa desta. Os sujeitos foram incluídos no estudo à medida que foram estando presentes no local preciso até a amostra atingir a dimensão desejada e a melhor representatividade possível. Assim, optámos por uma amostra não probabilística por conveniência ou acidental, selecionando os doentes propostos para cirurgia programada internados em serviços de cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e urologia do CHUC entre Setembro e Novembro de 2015.

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- ◆ Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- ◆ Ter capacidade para ler, interpretar e dar respostas por escrito;
- ◆ Ter acuidade auditiva e visual e sem alterações mentais;
- ◆ Não ter diagnosticada doença oncológica;
- ◆ Estar a aguardar uma cirurgia programada/eletiva do âmbito das especialidades cirúrgicas referidas.

Em relação ao tamanho da amostra, conseguiu-se aplicar o questionário a 206 doentes no período de tempo referido anteriormente. Destes, foram excluídos 6 questionários pelo facto de não se encontrarem devidamente preenchidos.

Assim, a amostra do estudo é constituída por 200 doentes, 109 mulheres e 91 homens.

3.5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para realizar um estudo de investigação, o investigador deve adequar os instrumentos de colheita de dados aos objetivos propostos, às questões de investigação, à amostra que selecionou e ao tempo que dispõe para a realização da pesquisa. Segundo Alves (2010), constitui um requisito fundamental ser adaptado e adequado ao que se pretende estudar para a validade do estudo.

O método de colheita de dados que seleccionámos para a realização desta investigação foi o questionário, pois de acordo com Fortin et al. (2009), consiste num instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis, como é o caso. Permite organizar, normalizar e controlar os dados de modo a que as informações procuradas sejam colhidas com rigor.

O questionário que aplicámos está dividido em três partes distintas (Anexo I).

A primeira parte diz respeito a alguns dados sociodemográficos, familiares e clínicos. Pretende-se conseguir uma boa caracterização da amostra através da apresentação de perguntas abertas e fechadas. Foram elaboradas doze perguntas a fim de determinar: Idade, Sexo, Habilitações Literárias/Académicas, Situação Profissional, Zona de Residência, Estado Civil, Número de Elementos do Agregado Familiar, Previsão de receber ou não Visitas de Familiares/Amigos durante o Internamento, Experiências e

respetivas Complicações Cirúrgicas Anteriores, Tempo de Espera pela Cirurgia e Tipo de Cirurgia.

É importante frisar que esta parte do questionário, relativa aos dados sociodemográficos e clínicos foi construída especificamente para este trabalho, fazendo referência a aspetos que considerámos fundamentais para interpretar o nível de ansiedade dos doentes no período pré-operatório.

Na segunda parte do questionário, aplicou-se uma escala tipo *Likert* construída por nós, em que perante quinze afirmações relativas à Informação Pré-Operatória acerca do ato anestésico-cirúrgico, os indivíduos da amostra selecionaram se estavam: *Nada Informados*, *Pouco Informados*, *Informados* o *Suficiente* ou *Informados Demais*. As afirmações foram formuladas com base na fundamentação teórica e na operacionalização das variáveis em estudo. Cada afirmação foi pontuada da seguinte forma: Nada informado = 0 pontos, Pouco informado = 1 ponto, informado o Suficiente = 3 pontos e informado Demais = 2 pontos. A pontuação total obtida poderá oscilar entre 0 e 45 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a perceção dos doentes relativamente à informação pré-operatória que possuem acerca do ato anestésico-cirúrgico. Efetuámos a análise fatorial desta escala, que apresentamos posteriormente.

Com o objetivo de tentarmos perceber qual a origem da informação adquirida pelos doentes, foi formulada uma questão com possibilidade de resposta múltipla de entre as seguintes opções: profissional de saúde, familiares e amigos, pesquisa própria, conversa com outros doentes, e outros.

Por último, a terceira parte é constituída pelo IDATE desenvolvido por Spielberger e seus colaboradores, tendo sido traduzido e adaptado à população portuguesa por Daniel (1996), cujo pedido de cedência e autorização se encontram nos Anexos III e IV, respetivamente. Visto que neste estudo o objetivo foi avaliar a ansiedade dos doentes no período pré-operatório, optámos por usar apenas a forma do inventário correspondente à ansiedade-estado.

De acordo com Daniel, Ponciano, Figueirinha, e Spielberger (2006), o IDATE é usado extensivamente na pesquisa científica, inclusive na prática clínica, demonstrando possuir maior grau de estabilidade comparativamente com outras escalas para avaliação da ansiedade.

A Escala de Ansiedade-Estado (IDATE – forma Y1) é de autoadministração e compreende 20 afirmações que avaliam como os indivíduos se sentem “agora, ... neste momento”. A cada item do IDATE-Y1 é dada uma pontuação que vai de 1 ponto a 4

pontos (Não = 1 ponto, Um pouco = 2 pontos, Moderadamente = 3 pontos, Muito = 4 pontos). A pontuação de 4 pontos indica a presença de um alto nível de ansiedade para dez dos itens, enquanto essa mesma pontuação indicará a ausência de ansiedade para os restantes dez. Assim, os pesos das pontuações para os itens de ausência de ansiedade estão invertidos. Esses itens de ausência de ansiedade na Escala de Ansiedade-Estado são: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Para obter as pontuações finais para a escala somam-se os pesos dos itens. Decorrente disto, a pontuação pode variar entre um mínimo de 20 pontos e um máximo de 80 pontos.

No estudo realizado por Daniel (1996), a análise dos resultados aponta no sentido de que o IDATE-forma Y1 é um instrumento psicometricamente válido e fidedigno.

Em relação ao pré-teste do questionário, Fortin et al. (2009) referem que este consiste no seu preenchimento por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada, de modo a verificar se as questões são bem compreendidas, avaliando a sua eficácia e pertinência. Pretendemos assim detetar erros de construção e ter a possibilidade de indução de respostas ou dúvidas que pudessem levar a um reajustamento ou correção antes da aplicação final.

Numa primeira fase aplicámos o questionário a nove doentes propostos para cirurgia programada internados no período pré-operatório, com o intuito de aferir e identificar eventuais constrangimentos à aplicação do instrumento e estimar o tempo aproximado para o seu preenchimento.

Na primeira versão do questionário, e em relação à segunda parte, relativa à escala de informação pré-operatória, era solicitado aos doentes que assinalassem o seu grau de acordo ou desacordo com o nível de informação que possuíam. Isto é, para cada uma das quinze afirmações, as possibilidades de resposta seriam: *Discordo completamente*; *Discordo*; *Não concordo, nem discordo*; *Concordo* e *Concordo completamente*. Verificámos que estas possibilidades de resposta causaram dúvidas no momento do preenchimento do questionário, tendo nós optado pelo grupo de respostas possíveis já referidas anteriormente (*Nada Informado*, *Pouco Informado*, *Informado* o *Suficiente* ou *Informado Demais*), visto que se pretendia analisar a percepção dos doentes acerca da informação pré-operatória sobre o ato anestésico-cirúrgico, baseando-nos no trabalho desenvolvido por Martins (2008).

Posteriormente, aplicámos a referida versão final do questionário a mais seis doentes e verificámos que não existiram dificuldades na compreensão das questões, mostrando-se interessados na temática do estudo e gratos por estarem a colaborar. O tempo médio utilizado no preenchimento do questionário foi vinte minutos.

3.5.1 – Escala de Informação Pré-Operatória: Análise Fatorial

De acordo com Fortin et al. (2009), a análise fatorial consiste em determinar as correlações entre os enunciados e os grupos de enunciados, de modo a destacar fatores que expliquem estas correlações. A análise dos enunciados, reportando-se a cada um dos fatores, permite assim definir os fatores em causa na situação e o seu grau de concordância relativamente ao quadro teórico.

Os autores Filho e Júnior (2010) admitem existir vários requisitos que precisam ser satisfeitos para a utilização da análise fatorial, nomeadamente:

- ◆ Verificar a adequabilidade da base de dados (pelo nível de mensuração das variáveis, tamanho da amostra, razão entre o número de casos e a quantidade de itens e o padrão de correlação entre os itens);
- ◆ Determinar a técnica de extração e o número de fatores a serem extraídos (componentes principais, fatores principais, fatoração por imagem, fatoração por verosimilhança máxima, fatoração alfa, mínimos quadrados não ponderados, mínimos quadrados);
- ◆ Decidir o tipo de rotação dos fatores (se for ortogonal: *varimax*, *quartimax*, *equamax*; se for oblíqua: *promax*, *direct oblimin*).

Segundo os mesmos autores, a amostra deve ser superior a 100 casos (n=200, no nosso estudo) para assegurar resultados mais robustos e a razão entre o número de casos e a quantidade de itens deve exceder cinco para um ou mais (no nosso estudo, obtivemos cerca de treze casos para um, visto que a escala tem quinze itens).

No que diz respeito ao padrão de correlação entre os itens, a matriz de correlações deve mostrar a maior parte dos coeficientes com valor acima de 0,30 (Filho & Júnior, 2010). Pela análise do Quadro 1, observamos que a nossa escala respeita este requisito.

Quadro 1 – Matriz de correlações dos itens

	Correlação de item total
Item 1	,327
Item 2	,121
Item 3	,309
Item 4	,582
Item 5	,630
Item 6	,686
Item 7	,564
Item 8	,688
Item 9	,746
Item 10	,616
Item 11	,703
Item 12	,687
Item 13	,758
Item 14	,571
Item 15	,647

O teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais perto de 1, tanto melhor (Filho & Júnior, 2010). Como é possível constatar no Quadro 2, para a nossa escala obtivemos um valor considerado excelente de 0,912 na medida KMO de adequação de amostragem.

De acordo com os mesmos autores, o Teste de Esfericidade de *Bartlett* (TEB) deve ser estatisticamente significativo ($p < 0,05$), tendo nós obtido um valor de $p = 0,000$ (Quadro 2).

Quadro 2 – Testes de adequação da amostra (KMO e TEB)

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem		,912
Teste de esfericidade de Bartlett	<i>Aprox. Qui-quadrado</i>	1384,08
	<i>gl</i>	105
	<i>Sig.</i>	,000

Tendo em conta os resultados obtidos até este ponto, decidimos avançar com o processo de análise fatorial. De acordo com Filho e Júnior (2010), a análise de componentes principais procura produzir combinações lineares de itens que capturem o máximo possível a variância partilhada, sendo o método mais usado, e por esse motivo, optámos igualmente por o utilizar no nosso trabalho.

O próximo passo foi determinar o número de fatores a extrair, sendo que segundo os mesmos autores, o objetivo é determinar a quantidade de fatores que melhor representa o padrão de correlação entre os itens. Assim, utilizámos o critério de variância acumulada para determinar a quantidade de fatores a extrair. Segundo este critério, a extração dos fatores deve fazer-se até que seja alcançado o patamar de 60% de variância acumulada. Neste sentido, e pela análise do Quadro 3, foram extraídos 2 fatores.

Quadro 3 – Auto valores e variância acumulada

Componente	Auto valores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% Cumulativa	Total	% de variância	% Cumulativa
1	6,549	43,662	43,662	6,549	43,662	43,662
2	1,473	9,821	53,483	1,473	9,821	53,483
3	1,088	7,251	60,734			
4	,848	5,653	66,388			
5	,729	4,859	71,247			
6	,674	4,494	75,741			
7	,639	4,261	80,003			
8	,542	3,612	83,614			
9	,486	3,238	86,852			
10	,422	2,811	89,663			
11	,405	2,698	92,362			
12	,380	2,535	94,897			
13	,283	1,886	96,783			
14	,273	1,817	98,600			
15	,210	1,400	100,000			

Posteriormente, calcularam-se as comunalidades, que representam a proporção da variância para cada item incluído na análise que é explicada pelos componentes extraídos, e que são apresentadas no Quadro 4. Habitualmente, o valor considerado como mínimo aceitável é de 0,50 (Filho & Júnior, 2010). Na nossa escala, apenas dois itens apresentam valores inferiores; tendo em conta que essa diferença é mínima, decidimos não os excluir.

Quadro 4 – Comunalidades

	Inicial	Extração
Item 1	1,000	,558
Item 2	1,000	,708
Item 3	1,000	,652
Item 4	1,000	,588
Item 5	1,000	,596
Item 6	1,000	,570
Item 7	1,000	,463
Item 8	1,000	,565
Item 9	1,000	,645
Item 10	1,000	,584
Item 11	1,000	,734
Item 12	1,000	,668
Item 13	1,000	,722
Item 14	1,000	,413
Item 15	1,000	,645

De seguida, decidimos o tipo de rotação dos fatores, optando pela rotação ortogonal *Varimax*, pois segundo Filho e Júnior (2010), é o mais comumente utilizado, constituindo-se como um método que procura minimizar o número de itens que apresentam altas cargas em cada fator. O Quadro 5 apresenta os valores de cada componente após a rotação.

Quadro 5 – Matriz de componente rotativa (VARIMAX)

	Componente	
	1	2
Item 1	,133	,628
Item 2	-,109	,615
Item 3	,119	,623
Item 4	,540	,374
Item 5	,525	,514
Item 6	,694	,276
Item 7	,474	,481
Item 8	,652	,373
Item 9	,750	,283
Item 10	,752	-,003
Item 11	,835	,014
Item 12	,812	,021
Item 13	,842	,114
Item 14	,580	,258
Item 15	,758	,056

Assim, o primeiro fator está relacionado com os itens 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15, representando a dimensão da informação pré-operatória relativa aos cuidados de enfermagem. O segundo fator está associado aos itens 1, 2, 3, 5 e 7, ilustrando a dimensão da informação relacionada com aspetos organizacionais e logísticos. Os itens 5 e 7 apresentam uma estrutura complexa, apresentando cargas fatoriais acima de 0,40 em ambos os componentes. No entanto, e segundo Filho e Júnior (2010), para além dos critérios técnicos é necessário considerar teoricamente o modo como os fatores se relacionam com os itens, daí termos optado por os associar ao fator relativo aos aspetos organizacionais.

No Quadro 6, apresentamos as estatísticas descritivas de cada um dos fatores extraídos, bem como da escala no seu global. Relembramos que a pontuação dos itens variava entre 0 e 3 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a perceção dos doentes relativamente à informação pré-operatória que possuíam. Percebemos claramente que os doentes revelaram estar melhor informados em relação aos aspetos organizacionais e logísticos, comparativamente com os cuidados de enfermagem.

Quadro 6 – Estatísticas descritivas da Escala de Informação

	Fator 1	Fator 2	Global
Média	1,33	2,17	1,75
Mediana	1,30	2,20	1,80
Moda	0,00	3,00	1,50
Desvio Padrão	,927	,676	,718
Variância	,860	,457	,517
Mínimo	0,00	,20	,15
Máximo	3,00	3,00	3,00

3.5.2 – Consistência Interna da Escala de Informação e Escala de Ansiedade (IDATE-Y1)

De acordo com Fortin et al. (2009), a consistência interna diz respeito à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida, estimando-se pela avaliação das correlações ou pela covariância de todos os enunciados de um instrumento, analisados simultaneamente. Assim, quanto mais os enunciados estão correlacionados, maior será a consistência interna do instrumento.

A técnica utilizada neste estudo para estimar a consistência interna foi o coeficiente alfa de *Cronbach* (α), pelo facto de ser o mais importante do ponto de vista psicométrico e o mais utilizado para o estabelecimento de scores nas escalas tipo *Likert*. O cálculo deste coeficiente permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. O seu valor oscila entre 0,00 e 1,00, sendo que o valor mais elevado denota uma maior consistência interna (Fortin et al., 2009).

Para Vilelas (2009), a maioria dos autores considera aceitável um alfa de *Cronbach* $>0,70$. No entanto, valores mais baixos poderão ser considerados aceitáveis em alguns cenários de investigação das ciências sociais, desde que os resultados obtidos com esses instrumentos sejam interpretados com alguma precaução.

Em relação à Escala de Informação Pré-Operatória construída para a realização deste estudo, o α foi determinado através do programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na sua versão 22.0. Os resultados obtidos, conforme apresentados no Quadro 7, indicam um excelente índice de consistência interna desta escala, apresentando um $\alpha = 0,903$. No que toca ao IDATE-Y1, a

consistência interna deste instrumento num estudo realizado por Ribeiro (2010), com doentes que possuíam características semelhantes aos da nossa amostra, foi analisada igualmente através do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*. O resultado obtido foi de 0,95, revelando ser um instrumento que reúne critérios de validade e homogeneidade para avaliar o nível de ansiedade.

Também Daniel (1996), no seu estudo, mostrou que a escala de Ansiedade-Estado mostrou ter uma boa consistência interna, confirmando que a versão do IDATE – forma Y é um instrumento psicometricamente válido e fidedigno.

Porém, no nosso estudo e tal como se verifica pela análise do Quadro 7, a escala do IDATE-Y1 revelou um baixo valor de $\alpha=0,515$, ao contrário do que seria expectável pelo já referido anteriormente.

Quadro 7 – Análise descritiva das variáveis Informação Pré-Operatória e Ansiedade

Escalas	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Informação Pré-Operatória	24,24	11,615	0,903
Ansiedade (IDATE-Y1)	46,33	5,236	0,515

3.6 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

De acordo com Fortin et al. (2009), a estatística permite-nos estruturar a informação numérica medida numa determinada amostra. Por um lado, as estatísticas descritivas permitem resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas e, por outro, as estatísticas inferenciais, por meio dos testes estatísticos, possibilitam determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população do estudo.

Assim, dado tratar-se de um estudo do tipo quantitativo, os dados colhidos foram tratados informaticamente com recurso ao SPSS, na sua versão 22.0.

As técnicas estatísticas descritivas utilizadas foram:

- ◆ Frequências: absolutas (n) e relativas (%);
- ◆ Medidas de tendência central: média aritmética (\bar{x}); mediana (Md) e Moda (Mo);
- ◆ Medidas de dispersão ou de variabilidade: desvio padrão (s), máximos e mínimos;
- ◆ Percentis (25%, 50% e 75%).

As técnicas de estatística inferencial aplicadas foram:

- ◆ Teste de *Kolmogorov-Smirnov* como teste da normalidade de distribuição da amostra;
- ◆ Coeficiente de correlação de *Spearman* para analisar a correlação entre as variáveis do estudo;
- ◆ Teste não paramétrico U de *Mann-Whitney* e teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para análise das diferenças entre as variáveis em estudo.

No teste das hipóteses, foram considerados como estatisticamente significativos os resultados para os quais o valor da probabilidade de significância foi inferior a 0,05 ($p < 0,05$).

Após a análise estatística, os resultados obtidos são apresentados sob a forma de quadros e gráficos de modo a facilitar a sua leitura e interpretação, tornando-a mais clara e acessível.

3.7 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Qualquer investigação realizada com seres humanos levanta questões morais e éticas. Deve considerar-se sempre obrigatório o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

O investigador deve ter em conta todas as precauções necessárias para proteger os direitos fundamentais do ser humano: autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade, proteção contra o desconforto e/ou prejuízo, tratamento justo e equitativo.

O respeito pela autodeterminação de cada participante será traduzido pela sua participação voluntária e com obtenção de prévio consentimento informado. O direito à privacidade deverá ser assegurado aos participantes pela confidencialidade e

anonimato, quer da identidade, quer dos dados obtidos, e esse direito deve garantir que as questões formuladas serão as estritamente necessárias para a realização do estudo (Fortin et al., 2009).

A participação dos doentes foi precedida pela entrega e explicação de um conjunto de informações, nomeadamente o âmbito e finalidades, procedimentos, riscos e benefícios, alternativas e confidencialidade, no sentido de garantir o seu anonimato e a sua participação voluntária. Ao que se seguiu a obtenção do consentimento informado (Anexo II), validado pela sua assinatura e devolução dos questionários preenchidos como prova da aceitação para a participação no estudo.

Após a realização de uma explicação e esclarecimento acerca do estudo às várias equipas de Enfermagem dos diferentes serviços onde foram aplicados os questionários, foi assegurada a privacidade para o preenchimento individual, tal como proporcionadas as condições para o esclarecimento de eventuais dúvidas, pelos colegas enfermeiros no momento de entrega e recolha dos questionários aos doentes.

De modo a garantir todos os princípios éticos e para a aplicação do instrumento de colheita de dados nos vários serviços, foi realizado um pedido de autorização dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do CHUC (Anexo V), bem como pedidos pareceres às Comissões de Ética da ESEnfC (Anexo VI) e do CHUC (Anexo VII), de forma a obter autorização formal para a realização do estudo (Anexo VIII). Assumimos o compromisso de divulgar os resultados do estudo à instituição hospitalar, após a sua conclusão.

Depois de ter sido concedida autorização, procedeu-se à colheita dos dados.

PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Num trabalho de investigação, a apresentação e análise dos resultados obtidos consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativos às questões de investigação e às hipóteses formuladas. De acordo com o tipo de estudo, a apresentação dos resultados inclui quer uma descrição das variáveis e das suas relações, quer a confirmação ou não das hipóteses que foram enunciadas e colocadas à prova através dos testes estatísticos (Fortin et al., 2009).

Assim, neste capítulo apresentaremos a análise descritiva dos resultados obtidos, bem como a análise inferencial através dos testes estatísticos utilizados para a verificação das hipóteses. Os resultados serão apresentados sob a forma de quadros e/ou gráficos, precedidos de uma breve análise. Para além disso, procedemos à discussão dos mesmos.

4 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS

Inicialmente, começámos por dividir a amostra dos 200 doentes por especialidade cirúrgica. Através da análise do Quadro 8 verificamos que 56% (n=112) eram de Cirurgia Geral, 20,5% (n=41) de Ginecologia, 18% (n=36) de Ortopedia e 5,5% (n=11) de Urologia.

Quadro 8 – Distribuição da amostra segundo a Especialidade Cirúrgica

Especialidade Cirúrgica	n	%
Cirurgia Geral	112	56,0
Ortopedia	36	18,0
Urologia	11	5,5
Ginecologia	41	20,5
Total	200	100,0

No que toca à dimensão da intervenção cirúrgica, 57,5% (n=115) dos doentes foram submetidos a grande cirurgia e 42,5% (n=85) a pequena cirurgia (Quadro 9).

Quadro 9 – Distribuição da amostra segundo a Intervenção Cirúrgica

Intervenção Cirúrgica	n	%
Pequena Cirurgia	85	42,5
Grande Cirurgia	115	57,5
Total	200	100,0

A idade dos participantes do estudo variou entre os 19 e os 85 anos, sendo a média de idades de 53,17 anos, a moda de 63 anos e o desvio padrão de 15,35 anos. Pela análise dos percentis, percebemos que o percentil 75 (65 anos) faz subir a média de idades encontrada. No sentido de facilitar a análise dos resultados, dividimos a variável Idade por grupos etários, baseando-nos no desvio padrão. Assim, 14% (n=28) dos indivíduos têm idade inferior ou igual a 35 anos, 29,5% (n=59) têm idade compreendida entre os 36 e os 50 anos, 32,5% (n=65) têm entre 51 e 65 anos e 24% (n=48) têm mais de 65 anos (Quadro 10).

Quadro 10 – Distribuição da amostra segundo o Grupo Etário

Grupo Etário	n	%
≤ 35 Anos	28	14,0
36 - 50 Anos	59	29,5
51 - 65 Anos	65	32,5
> 65 Anos	48	24,0
Total	200	100,0

Pela análise do Quadro 11, verificamos que 54,5% (n=109) dos inquiridos são do sexo feminino e que 45,5% (n=91) são do sexo masculino.

Quadro 11 – Distribuição da amostra segundo o Sexo

Sexo	n	%
Masculino	91	45,5
Feminino	109	54,5
Total	200	100,0

Quanto às habilitações literárias/académicas, podemos constatar através da análise do Quadro 12 que a maior percentagem dos inquiridos, mais concretamente 35% (n=70) possui o 1.º Ciclo (1.º - 4.º Ano), 22% (n=44) possui o Ensino Secundário (10.º - 12.º Ano), 21,5% (n=43) possui um Curso Superior, 15% (n=30) possui o 3.º Ciclo (7.º - 9.º Ano) e 6,5% (n=13) possui o 2.º Ciclo (5.º - 6.º Ano).

Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo as Habilitações Literárias/Académicas

Habilitações Literárias/Académicas	n	%
1.º Ciclo (1.º - 4.º Ano)	70	35,0
2.º Ciclo (5.º - 6.º Ano)	13	6,5
3.º Ciclo (7.º - 9.º Ano)	30	15,0
Ensino Secundário (10.º - 12.º Ano)	44	22,0
Curso Superior	43	21,5
Total	200	100,0

Relativamente à situação profissional, mais de metade da amostra, 51% (n=102), estava empregado, 33% (n=66) encontrava-se reformado, 9% (n=18) estava desempregado, 5% (n=10) era doméstica e apenas 2% (n=4) era estudante (Quadro 13).

Quadro 13 – Distribuição da amostra segundo a Situação Profissional

Situação Profissional	n	%
Estudante	4	2,0
Empregado	102	51,0
Desempregado	18	9,0
Doméstica	10	5,0
Reformado	66	33,0
Total	200	100,0

No Quadro 14, observamos que 60% (n=120) dos doentes reside em meio rural e 40% (n=80) reside em meio urbano.

Quadro 14 – Distribuição da amostra segundo a Zona de Residência

Zona de Residência	n	%
Rural	120	60,0
Urbano	80	40,0
Total	200	100,0

Em relação ao estado civil, a maioria dos inquiridos, 76,5% (n=153) era casado ou vivia em união de facto, 13% (n=26) estava solteiro, 5,5% (n=11) era divorciado ou estava separado de facto e apenas 5% (n=10) era viúvo (Quadro 15).

Quadro 15 – Distribuição da amostra segundo o Estado Civil

Estado Civil	n	%
Solteiro	26	13,0
Casado / União de Facto	153	76,5
Divorciado / Separado de Facto	11	5,5
Viúvo	10	5,0
Total	200	100,0

Pela análise do Quadro 16, verificamos que mais de metade da amostra, 56% (n=112), tem um agregado familiar composto por 3 a 5 elementos, 41,5% (n=83) por 2 ou menos elementos e apenas 2,5% (n=5) tem mais que 5 elementos.

Quadro 16 – Distribuição da amostra segundo o Número de Elementos do Agregado Familiar

Agregado Familiar	n	%
≤ 2 Elementos	83	41,5
3 a 5 Elementos	112	56,0
> 5 Elementos	5	2,5
Total	200	100,0

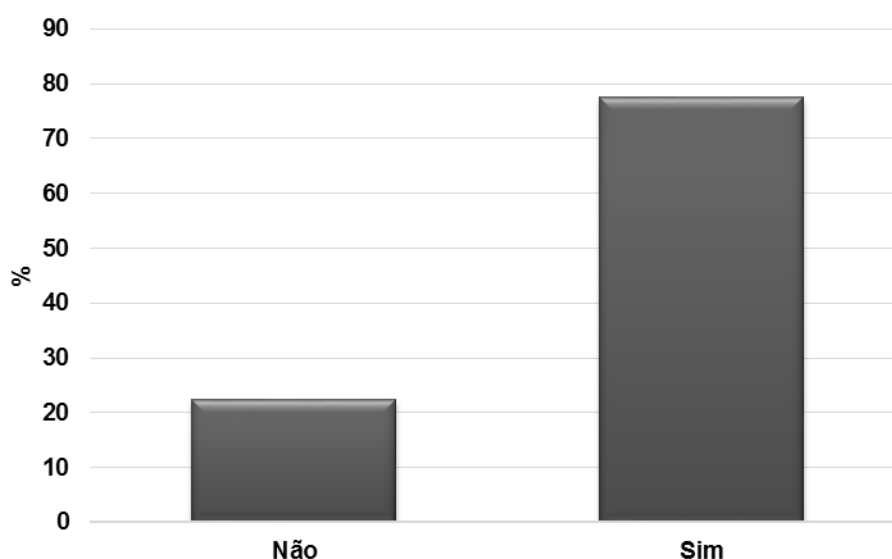
No que diz respeito à previsão em receber visitas de familiares ou amigos durante o internamento, a larga maioria dos inquiridos, 94% (n=188) respondeu afirmativamente, 3,5% (n=7) referiu não saber e apenas 2,5% (n=5) respondeu de forma negativa (Quadro 17).

Quadro 17 – Distribuição da amostra segundo a previsão de Visitas de Familiares/Amigos durante o Internamento

Visitas de familiares/amigos durante o internamento	n	%
Não	5	2,5
Sim	188	94,0
Não Sabe	7	3,5
Total	200	100,0

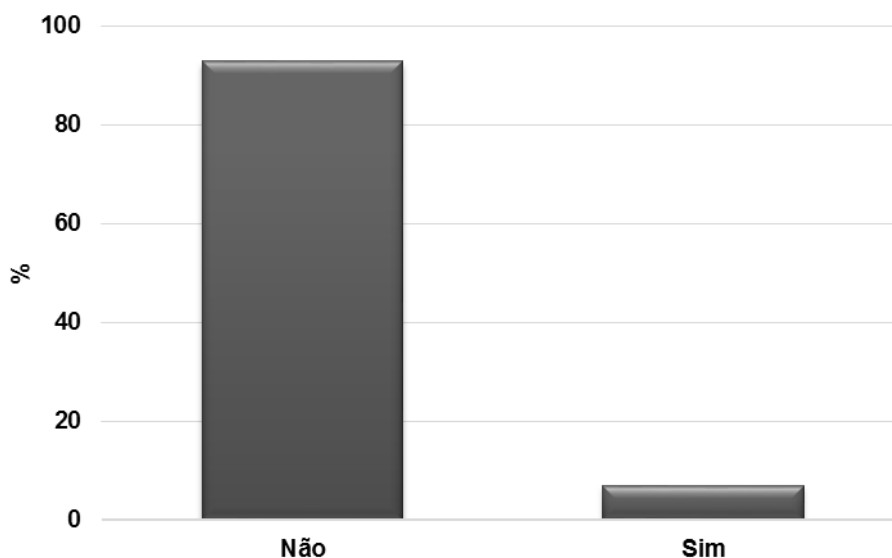
Através da análise do Gráfico 1, constatamos que a maioria dos doentes, 77,5% (n=155), já teve experiências cirúrgicas anteriores, face aos que não tiveram (22,5%, n=45).

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo as Cirurgias Anteriores



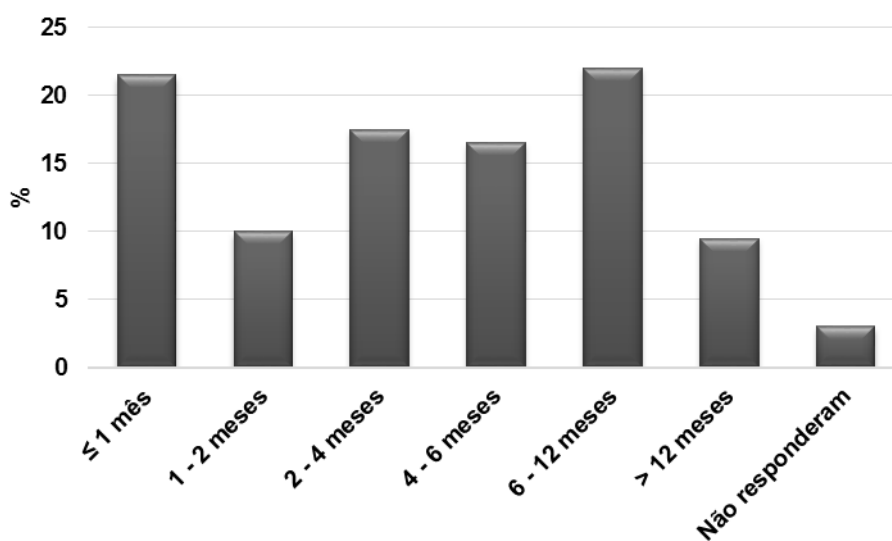
Dos doentes já submetidos a cirurgia anteriormente (n=155), apenas 7,1% (n=11) referiram a ocorrência de complicações cirúrgicas, face aos 92,9% (n=144) que respondeu negativamente (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo as Complicações Cirúrgicas



Relativamente ao tempo em lista de espera para a realização da cirurgia, obtivemos uma média de aproximadamente 197 dias, com um desvio padrão de 242 dias e uma moda de 180 dias. De referir, que do total da amostra, 3% (n=6) não respondeu a esta questão. Neste sentido, verificamos pela análise do Gráfico 3 que 22% (n=44) dos doentes aguardou entre]6 a 12] meses pela cirurgia, 21,5% (n=43) esperou menos de um mês, 17,5% (n=35) entre]2 a 4] meses, 16,5% (n=33) entre]4 a 6] meses, 10% (n=20) entre]1 a 2] meses e apenas 9,5% (n=19) aguardou mais de 12 meses.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo o Tempo em Lista de Espera



Quanto à pergunta aberta “A que é que vai ser operado?”, obtivemos múltiplas respostas que após análise de conteúdo, optámos por organizar em categorias, de modo a facilitar

a sua interpretação, como descrito no Quadro 18. Apenas 1 pessoa (0,5%) não respondeu à questão. Das restantes, 19% (n=38) indicaram a cirurgia ginecológica, tal como a cirurgia herniária, 16% (n=32) a cirurgia à anca e membros inferiores, 11% (n=22) a cirurgia do trato digestivo alto, 8% (n=16) a cirurgia da tiróide, 6,5% (n=13) a cirurgia bariátrica, 6% (n=12) a cirurgia urológica, 5,5% (n=11) a cirurgia à coluna e membros superiores, 4,5% (n= 9) a cirurgia do trato digestivo baixo e 4% (n=8) a outro tipo de cirurgia que não se inclui nas anteriores (Por ex., pequena cirurgia).

Quadro 18 – Distribuição da amostra segundo o Tipo de Cirurgia

Tipo de Cirurgia	n	%
Cirurgia Ginecológica	38	19,0
Cirurgia Herniária	38	19,0
Cirurgia à Anca e Membros Inferiores	32	16,0
Cirurgia do Trato Digestivo Alto	22	11,0
Cirurgia da Tiróide	16	8,0
Cirurgia Bariátrica	13	6,5
Cirurgia Urológica	12	6,0
Cirurgia à Coluna e Membros Superiores	11	5,5
Cirurgia do Trato Digestivo Baixo	9	4,5
Outras (Ex: Pequena Cirurgia)	8	4,0
<i>Não Respondeu</i>	1	0,5
Total	200	100,0

No que diz respeito à variável Origem da Informação, verificamos que a maior parte dos inquiridos (59,5%; n=119) obteve informação exclusivamente dos profissionais de saúde; 6,0% (n=12) através de familiares e amigos; 4,0% (n=8) por pesquisa própria; 2,0% (n=4) por meio de conversa com outros doentes e 3,0% (n=6) referiu ter outras fontes de informação. Para além disso, 25,5% (n=51) deu uma resposta múltipla entre as várias opções oferecidas, e apenas 20,5% (n=41) refere outras fontes que não os profissionais de saúde (Quadro 19).

Quadro 19 – Distribuição da amostra segundo a Origem da Informação

Origem da Informação	n	%
Profissional de Saúde	119	59,5
Familiares e amigos	12	6,0
Pesquisa Própria	8	4,0
Conversa com outros doentes	4	2,0
Outros	6	3,0
<i>Resposta múltipla</i>	51	25,5
<i>Outras fontes que não os profissionais de saúde</i>	41	20,5

Relativamente à variável Ansiedade, avaliada através do IDATE na sua forma Y1, num score final que podia variar entre 20 e 80 pontos, a nossa amostra apresentou uma média de 46,33, com um desvio padrão de 5,24. O valor de ansiedade mais baixo encontrado foi de 34 e o mais alto de 63 pontos. Apesar disso, analisando os percentis da escala percebemos que 75% da amostra apresentou um valor de ansiedade inferior a 49,75 pontos (Quadro 20).

Quadro 20 – Estatísticas descritivas da Escala de Ansiedade (IDATE-Y1)

Média	46,33	
Mediana	46,00	
Moda	45,00	
Desvio Padrão	5,24	
Variância	27,418	
Mínimo	34,00	
Máximo	63,00	
Percentis	25	43,00
	50	46,00
	75	49,75

5 – ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS: TESTES DE HIPÓTESES

Apesar de a nossa amostra ser relativamente grande ($n=200$) para partir do pressuposto que apresentava uma distribuição normal, antes da seleção dos testes estatísticos, aplicámos o teste de *Kolmogorov-Smirnov* como teste da normalidade. Este revelou que a amostra não apresentava uma distribuição normal ($p < 0,05$ para ambas as variáveis, Informação e Ansiedade), pelo que optámos pela utilização de testes não paramétricos (Quadro 21).

Quadro 21 – Resultados do teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*

	Informação	Ansiedade
Estatística do teste	0,075	0,090
Significância Assint. (Bilateral)	0,008	0,000

No sentido de respondermos às questões de investigação e testarmos as hipóteses formuladas, recorreremos à análise inferencial dos coeficientes de correlação de *Spearman*, e ainda aos testes não paramétricos de U de *Mann-Whitney* e de *Kruskal-Wallis*. Como já foi referido anteriormente, para todos os testes utilizámos um nível de significância inferior a 0,05.

Hipótese: O nível de ansiedade no pré-operatório do doente proposto para cirurgia programada está relacionado com a idade e o sexo.

Um dos interesses do nosso estudo incluía estabelecer eventuais diferenças nos níveis de ansiedade pré-operatórios consoante a idade dos doentes. Esta hipótese foi testada recorrendo ao cálculo do Coeficiente de *Spearman*, verificando-se pela análise do Quadro 22, que existe uma correlação negativa fraca, no entanto não é estatisticamente significativa ($r_s = - 0,108$; $p = 0,129$).

Quadro 22 – Matriz de correlação de Spearman entre a Ansiedade e a Idade

IDADE		
Variável	r_s	p
ANSIEDADE	- 0,108	0,129

Quanto à variável Sexo, acreditando que existiam diferenças nos níveis de ansiedade pré-operatória entre homens e mulheres, utilizamos o teste de U de *Mann-Whitney*, e verificamos pela análise do Quadro 23 que existem diferenças entre homens (média dos postos = 85,36) e mulheres (média dos postos = 113,14) e que essas diferenças são estatisticamente significativas ($z = - 3,386$; $p = 0,001$).

Quadro 23 – Resultado do teste de U de *Mann-Whitney* relativo à comparação da Ansiedade em função do Sexo

Variável	Sexo	n	Média de Postos	U	Z	p
Ansiedade	Masculino	91	85,36	3582,000	- 3,386	0,001
	Feminino	109	113,14			

Neste sentido, rejeitamos a hipótese formulada no que diz respeito à variável Idade, mas consideramo-la para a variável Sexo.

Hipótese: O nível de ansiedade no pré-operatório do doente proposto para cirurgia programada está relacionado com o apoio familiar durante o internamento.

O apoio familiar durante o internamento, ao qual nos referimos como suporte social do doente, foi analisado tendo em conta três variáveis que constavam do nosso instrumento de colheita de dados: o estado civil, a previsão de receber ou não visitas durante o internamento e o número de elementos do agregado familiar.

No Quadro 24, através da utilização do teste de *Kruskal-Wallis*, verificamos que apesar de existirem diferenças entre doentes solteiros (média dos postos = 106,52), casados/união de facto (média dos postos = 96,21), divorciados/separados de facto (média dos postos = 116,32) e viúvos (média dos postos = 133,10), quanto ao nível de ansiedade, essas diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 5,137$; $p = 0,162$).

Quadro 24 – Resultado do teste de *Kruskal-Wallis* relativo à comparação da Ansiedade em função do Estado Civil

Variável	Estado Civil	n	Média de Postos	χ^2	p
Ansiedade	Solteiro	26	106,52	5,137	0,162
	Casado/União de Facto	153	96,21		
	Divorciado/Separado de Facto	11	116,32		
	Viúvo	10	133,10		

Posteriormente, e recorrendo novamente ao teste de *Kruskal-Wallis*, analisámos a relação entre os níveis de ansiedade pré-operatória e a previsão em ter visitas de familiares e/ou amigos durante o internamento. Pela análise do Quadro 25, verificamos que mesmo existindo diferenças nas médias de postos, essas diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1,211$; $p = 0,546$).

Quadro 25 - Resultado do teste de *Kruskal-Wallis* relativo à comparação da Ansiedade em função da previsão de Visitas no Internamento

Variável	Visitas no Internamento	n	Média de Postos	χ^2	<i>p</i>
Ansiedade	Não	5	97,10	1,211	0,546
	Sim	188	99,72		
	Não sabe	7	124,00		

Por último, em relação à hipótese formulada, recorreremos ao cálculo do Coeficiente de *Spearman* para analisar eventuais diferenças nos níveis de ansiedade consoante o número de elementos do agregado familiar dos doentes. Analisando o Quadro 26, apuramos que existe uma correlação negativa fraca, que não é estatisticamente significativa ($r_s = - 0,028$; $p = 0,691$).

Quadro 26 – Matriz de correlação de *Spearman* entre a Ansiedade e o Número de Elementos do Agregado Familiar

AGREGADO FAMILIAR		
Variável	r_s	<i>p</i>
ANSIEDADE	- 0,028	0,691

Assim, tendo em conta os resultados, rejeitamos a hipótese formulada.

Hipótese: Existe diferença no nível de ansiedade no pré-operatório do doente proposto para cirurgia programada em função das experiências cirúrgicas anteriores.

Os resultados obtidos revelam não existir diferenças estatisticamente significativas ($z = - 0,107$; $p = 0,915$) entre os doentes com experiências cirúrgicas anteriores (média dos postos = 100,26) e os que não tinham (média dos postos = 101,31), rejeitando-se a

hipótese formulada, isto é, não existe diferença no nível de ansiedade pré-operatória em função de o doente ter ou não realizado cirurgias anteriormente (Quadro 27).

Quadro 27 – Resultado do teste de U de *Mann-Whitney* relativo à comparação da Ansiedade em função de Experiências Cirúrgicas Anteriores

Variável	Experiências Cirúrgicas Anteriores	n	Média de Postos	U	Z	p
Ansiedade	Não	45	101,31	3451,000	- 0,107	0,915
	Sim	155	100,26			

Hipótese: O nível de ansiedade pré-operatória dos doentes propostos para cirurgia programada está inversamente correlacionado com a informação de enfermagem.

Recorrendo mais uma vez ao cálculo do Coeficiente de Correlação de *Spearman*, de modo a relacionar as variáveis Ansiedade e Informação, confirmamos pela análise do Quadro 28, que existe uma correlação negativa fraca, que não é estatisticamente significativa ($r_s = - 0,054$; $p = 0,449$). Se formos minuciosos na análise dos resultados, percebemos que em relação à informação relativa aos aspetos organizacionais e logísticos (fator 2 da escala de informação), a associação com o nível de ansiedade existe e de modo positivo, apesar de ser fraca e não ser estatisticamente significativa ($r_s = 0,050$; $p = 0,481$). Já no que diz respeito à informação respeitante aos cuidados de enfermagem (fator 1 da escala de informação), a correlação com o nível de ansiedade, apesar de fraca, é negativa, não sendo de igual modo estatisticamente significativa ($r_s = - 0,087$; $p = 0,220$).

Quadro 28 – Matriz de correlação de *Spearman* entre a Ansiedade e a Informação

ANSIEDADE		
<i>Variável</i>	r_s	p
Informação – Fator 1	- 0,087	0,220
Informação – Fator 2	0,050	0,481
Informação (Global)	- 0,054	0,449

Para além das hipóteses formuladas no nosso estudo, e tendo em conta a revisão da literatura efetuada, decidimos analisar algumas correlações no sentido de procurar encontrar resultados estatisticamente significativos.

Assim, recorreremos ao cálculo do Coeficiente de Correlação de *Spearman*, de modo a correlacionar a variável Informação com o número de elementos do Agregado Familiar e com o Tempo de Espera pela cirurgia. Da análise do Quadro 29, percebemos que apesar de encontrarmos associações baixas e negativas, as diferenças que existem são estatisticamente significativas, tanto de acordo com a dimensão do Agregado Familiar ($r_s = - 0,195$; $p = 0,006$), como com o Tempo de Espera ($r_s = - 0,305$; $p = 0,000$).

Quadro 29 – Matriz de correlação de *Spearman* entre a Informação, o Número de Elementos do Agregado Familiar e o Tempo de Espera pela Cirurgia

INFORMAÇÃO		
<i>Variável</i>	r_s	p
Agregado Familiar	- 0,195	0,006
Tempo de Espera	- 0,305	0,000

No seguimento de alguns estudos já efetuados nesta área resolvemos analisar a relação entre as variáveis Informação e Ansiedade, e a Zona de Residência dos inquiridos (Quadro 30). Os residentes em meio urbano (média dos postos = 103,71) parecem perceber-se como estando melhor informados no período pré-operatório do que os residentes em meio rural (média dos postos = 98,36), encontram-se simultaneamente menos ansiosos (média dos postos = 92,43), comparativamente com os restantes (média dos postos = 105,88). No entanto, apesar de existirem essas diferenças nas médias de postos, elas não são estatisticamente significativas, tanto em relação à Informação ($z = - 0,640$; $p = 0,522$), como em relação à Ansiedade ($z = - 1,613$; $p = 0,107$).

Quadro 30 – Resultado do teste de U de *Mann-Whitney* relativo à comparação da Informação e Ansiedade em função da Zona de Residência

Variável	Zona de Residência	n	Média de Postos	U	Z	p
Informação	Rural	120	98,36	4543,500	- 0,640	0,522
	Urbano	80	103,71			
Ansiedade	Rural	120	105,88	4154,500	- 1,613	0,107
	Urbano	80	92,43			

Por último, procurámos determinar as diferenças ao nível das variáveis Informação e Ansiedade no pré-operatório do doente cirúrgico consoante a sua Situação Profissional (Quadro 31), pelo que utilizámos o teste de *Kruskal-Wallis*, tendo verificado que apesar de existirem diferenças na média dos postos, estas não se revelaram estatisticamente significativas, em relação à Informação ($X^2 = 8,833$; $p = 0,065$), nem em relação à Ansiedade ($X^2 = 5,282$; $p = 0,260$).

Quadro 31 – Resultado do teste de *Kruskal-Wallis* relativo à comparação da Informação e Ansiedade em função da Situação Profissional

Variável	Situação Profissional	n	Média de Postos	χ^2	p
Informação	Estudante	4	148,13	8,833	0,065
	Empregado	102	105,60		
	Desempregado	18	103,39		
	Doméstica	10	60,95		
	Reformado	66	94,93		
Ansiedade	Estudante	4	106,13	5,282	0,260
	Empregado	102	99,13		
	Desempregado	18	128,64		
	Doméstica	10	104,95		
	Reformado	66	93,92		

Concluída a apresentação e análise dos resultados, torna-se fundamental interpretar essa informação através da sua discussão, realizada à luz do conhecimento científico atual e das referências pesquisadas no decorrer da revisão da literatura que serviu de base à fundamentação conceptual.

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados de um trabalho de investigação tem como intuito a comparação com resultados de outros estudos anteriormente desenvolvidos, bem como com a literatura existente relativa à temática, à luz das questões de investigação e hipóteses formuladas.

Assim, procedemos à discussão dos resultados que consideramos mais pertinentes e relevantes do estudo. É de referir que a interpretação e a generalização dos resultados deve ter em conta algumas limitações do estudo, pois o tamanho e, essencialmente, o tipo de amostra impossibilita a referida generalização.

A amostra da população inquirida (n=200) é constituída maioritariamente por mulheres, 54,5% (n=109), com uma média de idades a rondar os 53 anos e um desvio padrão de 15,35 anos, sendo que o grupo etário entre os 51 e os 65 anos é o mais representativo com 32,5% (n=65). A maioria dos inquiridos é casada ou vive em união de facto, 76,5% (n=153), e vive em meio rural, 60% (n=120). Em relação às habilitações literárias/académicas, 35% (n=70) têm o 1.º ciclo (1.º - 4.º Ano), o que se poderá atribuir à média de idades ser relativamente elevada. Em termos de situação profissional, a maioria, 51% (n=102), está empregada e 33% (n=66) são reformados. No que toca à dimensão do agregado familiar, a maioria, 56% (n=112) afirma ter entre 3 a 5 elementos. Analisando os últimos dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), verificamos que na região centro, entre 2001 e 2011, houve uma variação positiva de 14,25% na população com 65 ou mais anos e uma variação negativa de 25,73% no grupo etário entre os 15 e os 24 anos, o que vai de encontro às características da nossa amostra. Segundo a mesma fonte, também o nível de escolaridade do 1.º Ciclo ainda é o mais prevalente nesta região, tal como a franja de agregados familiares com 3 a 5 elementos, que é a maior.

Pelo facto de grande parte dos estudos encontrados até ao momento acerca desta temática se debruçarem sobre o doente do foro da cirurgia geral, preocupámo-nos em tornar a nossa investigação mais abrangente. Assim, ainda que a maioria dos inquiridos, 56% (n=112) tivessem sido do foro da cirurgia geral, 20,5% (n=41) eram de ginecologia, 18% (n=36) de ortopedia, e 5,5% (n=11) de urologia. Tendo em conta que um dos critérios de inclusão na amostra era não ter diagnosticada doença oncológica,

conseguimos incluir apenas 11 doentes do foro da urologia durante o período de colheita dos dados, visto que grande parte dos doentes admitidos naquelas unidades são oncológicos. A maioria dos doentes da amostra, 57,5% (n=115) foi sujeita a grandes cirurgias, pois frequentemente as pequenas cirurgias são realizadas em regime de ambulatório, em unidades específicas, fugindo assim ao âmbito do nosso estudo.

Pelos resultados obtidos, observamos que quase a totalidade dos inquiridos, 94% (n=188) espera receber visitas de familiares e/ou amigos durante o período de internamento, algo que pela nossa experiência profissional, espelha a realidade atual.

Relativamente aos dados clínicos, a maioria dos doentes, 77,5% (n=155) já tinha sido submetido a outras cirurgias anteriormente, e destes, apenas 7,1% (n=11) referiram ter sofrido complicações cirúrgicas. Em relação ao tempo que aguardaram em lista de espera, verificámos que a média rondou os 6 meses. Ainda assim, devemos referir que 21,5% (n=43) esperou menos de um mês pela cirurgia. Estes resultados vão de encontro ao estudo realizado por Gomes (2009), em que 52,1% aguardou 6 meses ou menos pela cirurgia.

No que diz respeito à origem da informação pré-operatória, a maioria dos doentes, 59,5% (n=119), atribui-a ao profissional de saúde, o que nos leva a inferir que a equipa de saúde é a fonte principal de informação aquando da marcação de uma cirurgia. Embora, 20,5% (n=41) se refira a outras fontes de informação que não os profissionais de saúde. Também Estrela (2012) considera que são os enfermeiros do serviço de internamento os principais transmissores de informação no pré-operatório. Já o estudo de Christóforo e Carvalho (2009) revela que 90% dos doentes cirúrgicos afirmaram receber orientações pré-operatórias pelo cirurgião, e apenas 5,6% pelos enfermeiros. No seu estudo, Marín, Cortés, Sanz, e Serrano (2015) verificaram que 70,7% dos doentes foram informados acerca do ato anestésico-cirúrgico pelo médico/cirurgião, apenas 4% pelo enfermeiro e 1% pela própria família. Apesar disso, os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo junto aos doentes, e como tal, têm um papel fulcral no que diz respeito à transmissão de informação. Importa ainda referir que na investigação realizada por Estrela (2012), apenas uma minoria dos doentes inquiridos recebeu visita pré-operatória e quando esta existiu não foi realizada por enfermeiros, mas antes por outros profissionais. Assim, e apesar de a maioria da nossa amostra referir o profissional de saúde como fonte principal de informação relativa aos acontecimentos e práticas a que vai ser submetida no perioperatório, seria importante distinguirmos aqui o papel privilegiado que o enfermeiro deve assumir no fornecimento dessa informação.

Ainda em relação à informação pré-operatória, verificámos que de um modo geral os doentes percecionam como estando pouco informados acerca do ato anestésico-cirúrgico (\bar{x} =24,24 pontos, numa escala de 0 a 45 pontos). Estes resultados vão de encontro ao que afirmam Barbosa, Terra, e Carvalho (2014), as informações pré-operatórias, embora sejam consideradas obrigatórias, não estão a ser fornecidas de forma efetiva. Sendo que no estudo que realizaram, 48% dos inquiridos não estavam informados acerca do tipo de cirurgia e 47% acerca do tipo de anestesia que seria praticada. Por seu turno, Mitchell (2013) refere que 60% dos inquiridos no seu estudo desejam um elevado nível de informação pré-operatória e de modo detalhado.

De acordo com Martins (2009), a informação é uma necessidade real para os doentes, que possibilita a construção de atitudes positivas face à doença, respostas adequadas às situações, participação efetiva na tomada de decisão e à perspetiva futura, podendo no entanto, ter um potencial negativo quando eventualmente excede o considerado desejável para o doente. Burkle et al. (2014), decorrente dos resultados do estudo que realizaram, afirmam que os profissionais de saúde devem atender às preocupações e dúvidas específicas do doente, permitindo assim uma adequação do processo de consentimento informado e fornecimento de informações no pré-operatório.

Não podemos descurar o facto de que os nossos resultados revelam que os doentes percecionam como estando melhor informados acerca dos aspetos mais administrativos e organizacionais, em detrimento dos relacionados com os cuidados de enfermagem. Isto leva-nos a admitir a existência de uma maior preocupação com as intervenções interdependentes por parte do enfermeiro, deixando eventualmente para segundo plano, intervenções autónomas que poderiam melhorar a perceção dos doentes acerca da informação que possuem e, conseqüentemente, facilitar este processo de transição de saúde/doença que é a cirurgia.

No estudo efetuado por Estrela (2012), verifica-se que quanto mais informação é transmitida ao doente cirúrgico, maior será a necessidade de informação por ele relatada, isto é, quanto mais o doente sabe acerca da transição que está a vivenciar, maiores são as suas necessidades de informação. Assim, importa avaliar primeiramente as necessidades informativas do doente, tal como as suas perceções e nível de conhecimento pré-existente, para posteriormente planear a informação adequada às necessidades identificadas.

Aquando da análise do nível de ansiedade dos inquiridos, percebemos que apresentam, em média, baixos níveis de ansiedade (\bar{x} =46,33 pontos, numa escala de 20 a 80 pontos), o que vai de encontro aos resultados obtidos por Ribeiro (2010), onde em

termos médios (45%), os doentes manifestaram baixos níveis de ansiedade-estado no pré-operatório. Corroborando estes resultados, Santos (2012), constatou no seu estudo, com uma amostra de 100 doentes, que estes apresentaram médias que tendem a aproximar-se do mínimo, inferindo que estados emocionais como a ansiedade, depressão e stresse são sentidos de forma pouco intensa no pré-operatório. Também Akinsulore, Owojuyigbe, Faponle, e Fatoye (2015), utilizando o IDATE forma Y1 no seu estudo, obtiveram um resultado médio de ansiedade de 42,72 pontos em 51% dos doentes inquiridos, apontando como fatores responsáveis o medo de complicações bem como o resultado da cirurgia, e o medo de agulhas, erro clínico e pausa alimentar.

O facto de existirem dificuldades por parte dos enfermeiros na identificação de sintomas ansiosos e de os doentes não conseguirem verbalizar o que realmente sentem, poderá ser explicativo dos resultados do nosso estudo. Além disso, podemos admitir que o tamanho da amostra, o facto de nos termos restringido a doentes submetidos a cirurgia eletiva, a existência de múltiplas fontes de informação apontadas pelos doentes e o tempo de espera, poderão ajudar nessa explicação.

Em contrapartida, Lopes (2011) no seu estudo apurou que a maioria dos doentes cirúrgicos revelou um elevado nível de ansiedade (51,7%), tal como Mitchell (2013) que refere 82,4% de doentes ansiosos no dia da cirurgia, num estudo realizado com 674 doentes. Segundo este autor, o início dessa ansiedade situava-se essencialmente entre alguns dias ou horas antes da cirurgia, sendo provocada maioritariamente pelo tempo de espera, possibilidade de dor no pós-operatório, pelo desconhecido e pelo próprio ato anestésico-cirúrgico. Também os resultados de um estudo transversal com 135 doentes realizado por Millán, Serrano, e Aguirre (2010) sugerem a presença de níveis elevados de ansiedade pré-operatória (76%) em doentes submetidos a cirurgia eletiva.

Apesar de ser expectável que os nossos resultados fossem de encontro ao que foi mencionado anteriormente, concordamos com Yilmaz et al. (2012) quando afirmam que avaliar a ansiedade é viável e fundamental no período pré-operatório, permitindo assim a identificação de doentes ansiosos e auxiliando os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, a adotar medidas apropriadas na tentativa de reduzir o nível dessa emoção. Esta ideia é reforçada por Ay, Ulucanlar, Ay, e Ozden (2014), que referem ser muito importante nos serviços de cirurgia, observar cuidadosamente o doente e tomar as precauções necessárias para evitar consequências negativas ao nível intra e pós-operatório, decorrentes da ansiedade pré-operatória.

Santos, Santos, Melo, e Júnior (2009), no estudo que realizaram, apuraram resultados que evidenciam uma maior incidência de sintomas psicológicos, relativamente aos

fisiológicos. Assim, entendemos que o tipo e a qualidade dos sintomas apresentados no pré-operatório sejam um ponto de deteção dos níveis de ansiedade, sendo essencial analisar a vulnerabilidade do indivíduo, auxiliando o enfermeiro na prescrição de intervenções direcionadas para a redução da ansiedade. Assim, com base nos resultados dos autores mencionados, devemos admitir que se confirma a necessidade de investir na dimensão psicológica do doente cirúrgico, com o intuito de diminuir o aparecimento e intensidade de sintomas psicológicos.

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, os nossos resultados revelam existir apenas diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,001$) no nível de ansiedade pré-operatória, no que toca ao sexo dos indivíduos, isto é, comprovamos que os doentes do sexo feminino ($n=109$) apresentaram mais ansiedade pré-operatória que os do sexo masculino. Este resultado é concordante com a maioria dos estudos encontrados sobre a ansiedade, em geral, e sobre a ansiedade pré-operatória, em particular (Torrati, 2009; Jlala, French, Foxall, Hardman, & Bedfordth, 2010; Millán, Serrano, & Aguirre, 2010; Ribeiro, 2010; Lopes, 2011; Yilmaz, Sezer, Gürler, & Bekar, 2012; Mavridou, Dimitriou, Manataki, Arnaoutoglou, & Papadopoulos, 2013; Mitchell, 2013; Ay, Ulucanlar, Ay, & Ozden, 2014). Uma tentativa de explicação pode atribuir-se ao facto de habitualmente se admitir que as mulheres têm uma maior vulnerabilidade à ansiedade, relacionada com fatores hormonais e características biológicas. Efetivamente observamos na nossa prática profissional diferentes formas de encarar a cirurgia entre homens e mulheres. Por outro lado, admitimos que esta diferença no nível de ansiedade consoante o sexo, se explique também pelo facto de a avaliação ter sido feita através de parâmetros emocionais, pois se tivessem sido utilizados outros instrumentos de medida, nomeadamente de medidas fisiológicas (Ex.: tensão arterial, frequência cardíaca, sudorese), poderíamos ter obtido resultados diferentes.

Relativamente à idade, verificámos a existência de uma correlação negativa e fraca com o nível de ansiedade, mas não estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o que vai de encontro aos resultados apurados por Ribeiro (2010) e Santos (2012). No entanto, Santos et al. (2012) verificaram que os doentes mais jovens apresentaram maiores níveis de ansiedade. Segundo eles, no momento da admissão, os doentes vivenciam perdas financeiras, afastamento das relações sociais e medo do diagnóstico, de complicações e incapacidades. Consideram que para os mais jovens pode haver um maior sentimento de perda quanto mais intensas forem as atividades realizadas no quotidiano.

Autores como Mavridou et al. (2013) também estudaram a influência da idade no nível de ansiedade pré-operatória, concluindo que os doentes mais novos tinham mais medo de acordar durante a cirurgia e que estavam mais ansiosos.

Consideramos que face ao internamento, os doentes jovens habitualmente temem as perdas de oportunidades no ensino, ou progressão na carreira e apresentam como grande preocupação a separação da família, cônjuge ou filhos pequenos. Admitimos que os resultados que obtivemos se justificam pelo facto de a média de idades ser relativamente elevada (≈ 53 anos) e apenas 14% da amostra ter idade igual ou inferior a 35 anos.

Quando comparámos o nível de ansiedade pré-operatória com o estado civil, verificámos que apesar de os indivíduos casados ou em união de facto se apresentarem menos ansiosos comparativamente com os divorciados e viúvos, essas diferenças não foram estatisticamente significativas ($p > 0,05$). No estudo realizado por Yilmaz et al. (2012), os resultados mostraram uma relação estatisticamente significativa entre o estado civil e o nível de ansiedade antes da cirurgia, tal como no estudo efetuado por Passos (2009). Contrariamente a estes resultados, Ribeiro (2010) concluiu que 80% dos doentes da sua amostra, casados ou a viver em união de facto, não revelaram menos ansiedade pré-operatória, sugerindo a existência de outras pessoas significativas que assumissem esse papel em relação aos doentes sem companheiro conjugal, diminuindo assim a ansiedade neste grupo de indivíduos, segundo a autora.

Quanto à previsão de visitas de familiares ou amigos durante o internamento, os nossos resultados revelam que os doentes que não sabem se as terão ou não, se encontram mais ansiosos, no entanto, essa diferença não é estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Este resultado pode explicar-se pelo facto de apenas 3,5% dos doentes não saber se terá visitas, e de 94% prever que as terá. Yilmaz et al. (2012) afirma que a presença de suporte social se relaciona significativamente com o nível de ansiedade pré-operatória. No entanto, Ribeiro (2010) não obteve conclusões idênticas no seu estudo, uma vez que os doentes que não percebiam o apoio desejado durante o internamento não se manifestaram mais ansiosos. Este facto pode ser explicado pela ausência de visitas dos familiares e amigos estar apenas relacionada com a distância geográfica, mantendo-se o apoio emocional, via telefónica ou pessoalmente, sempre que possível.

Em relação ao número de elementos do agregado familiar, os nossos resultados sugerem uma correlação negativa, embora fraca, isto é, doentes com agregados familiares mais numerosos apresentar-se-iam menos ansiosos no pré-operatório, no entanto, estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Os

resultados que apuramos evidenciam ainda, não haver diferenças estatisticamente significativas entre o nível de ansiedade pré-operatória e outras variáveis sociodemográficas estudadas, como sejam, a zona de residência e a situação profissional ($p > 0,05$).

Relativamente aos dados clínicos, correlacionámos a existência de experiências cirúrgicas anteriores, com o nível de ansiedade pré-operatória, e apesar de os doentes que nunca tinham sido submetidos a cirurgia se apresentarem mais ansiosos que os outros, essa diferença é mínima e revelou-se sem significado estatístico ($p > 0,05$). Este resultado não vai de encontro ao que se constata na literatura, tendo em conta que alguns estudos revelam que os doentes sem experiências cirúrgicas anteriores apresentam maiores níveis de ansiedade no pré-operatório (Ribeiro, 2010).

De acordo com Mavridou et al. (2013), os doentes que são submetidos a anestesia (independentemente do tipo) pela primeira vez revelam-se mais ansiosos e mais preocupados com a recuperação e os cuidados pós-operatórios. No entanto, Nigussie et al. (2014) também não encontraram diferenças estatisticamente significativas no nível de ansiedade dos doentes com experiências cirúrgicas prévias, comparativamente com os outros.

No que diz respeito aos nossos resultados, admitimos que estes possam ser explicados pela discrepância existente na amostra, dado que uma grande percentagem dos doentes já tinha sido submetida a cirurgia anteriormente. Outro fator que devemos ter em conta ao analisar este resultado prende-se com o facto de a maioria destes doentes ter referido não ter sofrido complicações operatórias. Além disso, por não termos incluído doentes oncológicos na amostra, a realização de uma eventual preparação física e psicológica eficaz, ou simplesmente as características pessoais de cada indivíduo, podem ajudar a explicar estes resultados.

Quando correlacionámos a variável informação com a ansiedade, verificamos a existência de uma correlação negativa, fraca, embora não seja estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Isto é, os resultados que obtivemos deixam antever que os doentes que se percebem como melhor informados acerca do ato anestésico-cirúrgico se encontram menos ansiosos no pré-operatório, no entanto, essa diferença acaba por não ter impacto estatístico, ao contrário daquilo que verificámos em outros estudos já efetuados. Também Marín et al. (2015) concluíram que existe uma associação entre os níveis de informação e de ansiedade no pré-operatório, corroborando a sua hipótese de que os doentes que acreditam que precisam de mais conhecimento sobre o ato anestésico-cirúrgico têm níveis de ansiedade mais elevados.

Estes autores reforçam ainda a importância que o consentimento informado deve assumir para os profissionais de saúde, bem como o conhecimento destes relativamente às necessidades informativas dos doentes, no sentido de lhes diminuir a ansiedade, aumentar a satisfação e promover melhor recuperação pós-operatória. Na mesma perspetiva, Rhodes et al. (2015), num estudo randomizado e prospetivo com 65 doentes, concluíram que estes necessitavam de informações adequadas à idade e de estratégias educacionais no sentido de minimizar a ansiedade pré-operatória.

Num estudo quase-experimental com 125 doentes realizado por Wong, Chan, e Chair (2010), sobre a eficácia de uma intervenção educativa no controlo da dor e ansiedade em doentes cirúrgicos do foro ortopédico, concluíram que após o fornecimento de informação sobre a anestesia e cirurgia, houve uma diminuição da ansiedade e alívio da dor pós-operatória. O que vai de encontro ao declarado por Goffin (2010), sobre o papel essencial da educação pré-operatória na prestação de bons cuidados de enfermagem, não só garantindo que as necessidades de informação do doente são atendidas, mas também ajudando a reduzir os seus níveis de ansiedade.

Outro aspeto referido na literatura atual, no que diz respeito à informação pré-operatória, prende-se com o modo como essa informação é transmitida. A título de exemplo, Gurusamy et al. (2014) referem-se a diferentes formatos, nomeadamente, a informação escrita, palestras formais ou informações gravadas através de meios audiovisuais. No final do seu estudo, propõem a realização de outras investigações, sobretudo experimentais, porque admitem que os efeitos da educação pré-operatória formal, fornecida aos doentes, para além do método de informação padrão, permanecem incertos. Num estudo randomizado com 110 doentes efetuado por Jjala et al. (2010), conclui-se que a informação fornecida via multimédia (visualização de um vídeo informativo) diminui a ansiedade em doentes submetidos a cirurgia sob anestesia regional, reforçando que é um tipo de informação facilmente praticável, e que poderá beneficiar muitos doentes. No entanto, salvaguardamos que contraria o princípio de que a informação/educação para a saúde deve ser individualizada, personalizada e específica para cada pessoa.

Noutro estudo randomizado e prospetivo, realizado por West, Bittner, e Ortiz (2014), os autores concluíram que naquele grupo de doentes, de língua espanhola, a apresentação de um vídeo informativo acerca da anestesia e cirurgia numa consulta pré-operatória, conduziu a uma diminuição da ansiedade e aumento da satisfação do doente. Também Tou, Tou, Mah, Karatassas, e Hewett (2013), igualmente num estudo randomizado e após a visualização de um vídeo informativo pelo grupo experimental, concluíram que

comparativamente com o grupo de controlo (que não visualizou esse vídeo) houve uma redução significativa no nível de ansiedade, no entanto, não houve diferença significativa na retenção de conhecimentos. O que nos leva a inferir que, também neste caso, a ansiedade não se correlacionou com o nível de informação/conhecimento.

De acordo com Pritchard (2011), o enfermeiro deve ter em conta o papel do doente na tomada de decisão perante o ato anestésico-cirúrgico e a forma como a ansiedade pré-operatória o afeta. Este autor refere como inaceitável a entrega de um folheto de informações padrão, distribuído a todos os doentes aquando da admissão no internamento, sem que previamente o enfermeiro tente identificar as preocupações e dúvidas do doente, respondendo de modo individual e personalizado.

Reforçando este paradigma, Barbosa et al. (2014) aludem que a maior preocupação do doente cirúrgico está relacionada com a falta de informação, afirmando que o enfermeiro deve fornecer informações relacionadas com todo o período perioperatório, promovendo assim a diminuição da ansiedade.

Indo de encontro aos nossos resultados, também Lopes (2011), no seu estudo, não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os conhecimentos dos doentes sobre o ato anestésico-cirúrgico e a ansiedade, apesar de tal como nós, ter apurado que os doentes com mais conhecimentos se apresentavam menos ansiosos.

Admitimos que estes resultados podem ser explicados pelo facto de a maior parte dos doentes da amostra já ter tido experiências cirúrgicas anteriores, o que poderá contribuir para um maior aporte de conhecimentos e concorrerá simultaneamente para que o doente já esteja de alguma forma familiarizado com o ato anestésico-cirúrgico, eliminando a ideia do desconhecido que, como referido, é fonte de ansiedade. Por outro lado, relativamente às habilitações literárias/académicas, a maior parte da amostra é detentora do 3.º Ciclo e/ou superior, o que pode explicar a própria curiosidade intelectual e uma perceção mais sólida do ato anestésico-cirúrgico, ainda que se considerem pouco informados.

Quando correlacionamos a variável informação com o número de elementos do agregado familiar e com o tempo de espera pela cirurgia, verificamos associações negativas, baixas e estatisticamente significativas ($p = 0,006$ e $p = 0,000$, respetivamente). Assim, os doentes provenientes de agregados familiares mais numerosos, percebem como estando pouco informados comparativamente com os de agregados mais reduzidos, o que pode estar relacionado com o aumento das tarefas domésticas e/ou familiares em famílias mais numerosas, essencialmente se o agregado familiar é mais extenso pela presença de ascendentes ou descendentes dependentes.

Admitimos que, neste caso, os doentes descurem o seu estado de saúde/doença que conduziu à necessidade de cirurgia, e no momento da admissão (período pré-operatório) se sintam pouco informados acerca do ato anestésico-cirúrgico. Em relação ao tempo de espera pela cirurgia, verificamos que quanto maior este é, pior a percepção que o doente tem sobre a informação que possui, o que pode estar associado ao facto de frequentemente existir um horizonte temporal grande entre a consulta pré-operatória e o dia da cirurgia, possibilitando o esquecimento de eventuais informações fornecidas nessa consulta. Importa referir que esta, na maioria dos casos é exclusivamente da responsabilidade médica. Por outro lado, o ensino pré-operatório de enfermagem é habitualmente efetuado nas 24h que antecedem a cirurgia, isto é, na véspera, o que poderá condicionar a assimilação da informação por parte do doente, bem como a sua disponibilidade para a colocação de dúvidas e preocupações.

Por último, comparámos a variável informação em função da zona de residência e da situação profissional. Embora em ambos os casos as diferenças não sejam estatisticamente significativas ($p > 0,05$), percebemos que os doentes residentes em meio urbano parecem estar melhor informados comparativamente com os do meio rural, o que pode dever-se à maior acessibilidade a diferentes meios de comunicação/informação. No que diz respeito à situação profissional, os estudantes e empregados percebem como estando melhor informados, o que se compreende pelas relações sociais e profissionais que têm, contrariamente, as domésticas são as que percebem como estando menos informadas, o que poderá estar relacionado com o facto de viverem mais isoladas, em termos das relações sociais.

Perante os resultados encontrados no estudo que desenvolvemos e aqueles evidenciados na literatura consultada, acreditamos que a atuação autónoma do enfermeiro no período pré-operatório é essencial no controlo e na diminuição dos níveis de ansiedade pré-operatória, nomeadamente através do fornecimento adequado de informações, traduzindo-se assim numa melhor aceitação da nova condição de vida e promoção da saúde por parte do doente. De resto, já Cerejo (2000), com um estudo quase experimental, um dos primeiros realizados em Portugal no âmbito da informação ao doente no pré-operatório, com uma amostra recolhida em contextos semelhantes à do nosso estudo, constatou que a diminuição do nível de ansiedade pré-operatória foi conseguida pela intervenção do enfermeiro através da aplicação de um programa de informação estruturada, o que por sua vez permitiu uma melhor condição da recuperação dos doentes no pós-operatório. Torna-se assim evidente e imprescindível colocar na prática estes resultados com evidência científica, que se traduzem na melhoria dos cuidados de Enfermagem.

PARTE IV – CONCLUSÕES

O bem-estar do doente deve constituir o principal objetivo do enfermeiro que presta cuidados ao doente cirúrgico, pois, no período pré-operatório, este pode apresentar níveis elevados de ansiedade, bem como desenvolver sentimentos que atuam negativamente no seu estado emocional, tornando-o mais vulnerável.

O processo cirúrgico reveste-se de uma enorme complexidade, que aliada à elevada subjetividade decorrente das diferenças individuais e das circunstâncias clínicas de cada pessoa potencia um eventual desequilíbrio físico e emocional. Constituindo-se assim como um período de transformações físicas, psicológicas e sociais que provocam uma grande sobrecarga emocional no doente, nomeadamente o período pré-operatório.

De acordo com Christóforo e Carvalho (2009), o período que antecede o internamento do doente cirúrgico é um período de pouca informação para ele, sabendo pouco sobre a situação e sobre o que irá ocorrer. O enfermeiro é o profissional que, ao estar preparado e sendo detentor da informação que o doente carece, deve legal e moralmente informá-lo acerca dos cuidados de enfermagem que serão prestados em todo o período perioperatório, através de uma linguagem acessível. A literatura revela que esta preparação pré-operatória tornou o momento cirúrgico mais tranquilo, repercutindo-se numa maior adesão ao regime terapêutico e conseqüentemente melhor recuperação pós-operatória, mostrando o importante papel do enfermeiro na prevenção e diminuição dos níveis de ansiedade pré-operatória.

Em suma, a educação do doente cirúrgico tem sido identificada como uma forma de reduzir a ansiedade pré-operatória, sendo que os resultados mostram que a informação fornecida aos doentes é eficaz na redução da ansiedade em procedimentos cirúrgicos eletivos. Assim, os enfermeiros são instigados a desenvolver modelos de fornecimento de informações, no período pré-operatório (Alanazi, 2014).

Como referido anteriormente, a ansiedade pode manifestar-se, em maior ou menor nível, face à necessidade de uma intervenção cirúrgica, sendo fundamental que o enfermeiro identifique, conceptualize e intervenha neste domínio, dado que os seus efeitos se repercutem no bem-estar, na qualidade de vida e na recuperação do doente.

Neste sentido, e assumindo a complexidade do fenómeno, de forma a dar um contributo para uma melhor compreensão desta temática, propusemo-nos avaliar a ansiedade e informação pré-operatória dos doentes propostos para cirurgia programada, bem como analisar a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas, e a informação acerca do ato anestésico-cirúrgico com a ansiedade pré-operatória desses doentes.

Torna-se pertinente efetuar uma análise das limitações que foram sentidas ao longo desta investigação. No decorrer do trabalho deparámo-nos com algumas dificuldades, designadamente limitações impostas pela própria instituição, serviços e limitações de tempo, constituindo-se a amostra apenas com 200 doentes do foro cirúrgico ao longo dos três meses de colheita de dados. A técnica de amostragem, não probabilística por conveniência, constitui outra limitação, nomeadamente no que toca à possibilidade de generalização dos resultados obtidos, apesar de ter permitido um acesso mais facilitado à população pretendida. O baixo valor de consistência interna (α) obtido para o IDATE-Y1 no nosso estudo, poderá ter influenciado os resultados dos testes de hipóteses e, conseqüentemente, os resultados no seu global. Para além de tudo isto, a existência de diversas atividades simultâneas, profissionais e pessoais, constituiu outro aspeto que limitou o eventual maior desenvolvimento deste estudo.

No entanto, face aos resultados apresentados, podemos afirmar que os objetivos da investigação foram alcançados, contribuindo assim para o desenvolvimento de um domínio essencial e autónomo dos cuidados de enfermagem, com implicações na prática dos enfermeiros. Todavia, admitimos que são insuficientes para se retirarem conclusões definitivas, bem como para proceder à sua generalização.

De acordo com os nossos resultados, podemos afirmar que no período pré-operatório, a perceção dos doentes acerca da informação que possuem sobre o ato anestésico-cirúrgico é baixa. Ainda assim, percecionam como estando melhor informados no que toca aos aspetos administrativos, organizacionais e logísticos, comparativamente com os cuidados de enfermagem de que serão alvo ao longo do período perioperatório. A maioria dos doentes refere-se aos profissionais de saúde como fonte exclusiva da informação que possuem no pré-operatório.

Podemos ainda afirmar, com base nos resultados obtidos, que os doentes que constituíram a nossa amostra manifestam baixos níveis de ansiedade pré-operatória. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no nível de ansiedade em função do sexo, ao contrário do verificado para as restantes variáveis sociodemográficas analisadas. O nível de ansiedade não é diferente na presença ou ausência de experiências cirúrgicas anteriores e não se correlaciona de forma significativa com a

informação de enfermagem. O tempo de espera pela cirurgia e o número de elementos do agregado familiar condicionam de modo significativo a percepção do doente acerca da informação pré-operatória que possui.

Desta forma, e decorrente da apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, apresentamos algumas sugestões que emergem dos mesmos.

Sugerimos o incremento de programas de formação em serviço dirigidos aos enfermeiros, de modo a focalizarem parte da sua atenção na ansiedade pré-operatória do doente cirúrgico; o investimento na preparação pré-operatória destes doentes, inclusive no que diz respeito às suas necessidades psicológicas e informativas, dando ênfase às intervenções autónomas dos enfermeiros; a criação de uma consulta de enfermagem no período pré-operatório mediato, coincidindo com o dia da consulta de anestesia, onde o doente possa colocar as suas dúvidas e medos, no sentido de diminuir os níveis de ansiedade presentes no pré-operatório imediato. Apontamos para uma intervenção estruturada, exequível, objetiva e individualizada, que tenha em consideração as diferenças individuais e as circunstâncias clínicas de cada doente.

Consideramos importante, que ao nível da gestão, se faça o esforço de disponibilizar recursos materiais, logísticos e sobretudo humanos que possibilitem a concretização de um acolhimento no serviço de internamento que vá de encontro às expectativas individuais do doente, que por si só, ajude a controlar os seus níveis de ansiedade pré-operatória. Propomos ainda a viabilização da VEPO, procedimento não existente na maioria dos serviços onde colhemos os dados para a realização deste estudo. Esta visita, para além de evidenciar a importância do enfermeiro nos cuidados de saúde, tem como finalidades: promover a comunicação entre as equipas de enfermagem do bloco operatório e da unidade de internamento, tendo em vista a continuidade dos cuidados; fortalecer a interação com o doente, procurando conhecer a sua ansiedade, apreensões e expectativas relativas ao ato anestésico-cirúrgico, bem como reforçar e complementar as informações recebidas pela equipa do internamento.

Relativamente a perspetivas futuras, sugerimos a replicação do estudo noutras instituições, noutros contextos clínicos e com diferentes populações/amostras; a introdução de novas variáveis, nomeadamente o tipo de anestesia, a espiritualidade e o tempo de internamento pré-operatório, no sentido de saber de que forma podem influenciar o nível de ansiedade e a posterior recuperação do doente. Com base nos resultados obtidos, admitimos a pertinência da eventual realização de um estudo, em Portugal, com enfermeiros que cuidam de doentes cirúrgicos, no sentido de explorar os fatores que interferem com o fornecimento de informações pré-operatórias na perspetiva

do enfermeiro, bem como a sua percepção relativa ao ensino pré-operatório, à semelhança do trabalho realizado por Lee e Lee (2013) na China.

Tendo em conta que a Escala de Informação Pré-Operatória que construímos, e após termos procedido à sua análise fatorial, revelou possuir uma excelente consistência interna, apontamos também como trabalho futuro, a validação desta escala para a população portuguesa, com a sua aplicação a uma amostra superior.

Por último, e em jeito de conclusão, consideramos que a investigação na prática de enfermagem constitui-se como uma mais-valia para a sua evolução como ciência e profissão, afirmando-se como uma disciplina importante no mundo do conhecimento científico. Esta consciencialização da enfermagem contribui para uma prestação de cuidados de qualidade, com rigor técnico e científico. Os resultados do nosso estudo oferecem aos enfermeiros a possibilidade de refletir acerca das suas práticas e comportamentos. Contudo, a relevância do tema não se esgota com este trabalho, que deve servir como impulsionador da melhoria da prática dos cuidados ao doente cirúrgico e promotor do desenvolvimento do conhecimento e investigação em enfermagem nesse âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ◆ Akinsulore, A., Owojuyigbe, A.M., Faponle, A.F., & Fatoye, F.O. (2015). Assessment of preoperative and postoperative anxiety among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Middle East Journal Of Anaesthesiology*, 23 (2), 235-240.
- ◆ Alanazi, A. A. (2014). Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *British Journal Of Nursing*, 23 (7), 387-393. doi: 10.12968/bjon.2014.23.7.387
- ◆ Alves, A.J.G. (2010). *Estratégias de Enfermagem que Contribuem para a Diminuição da Ansiedade da Criança no Pré-operatório de Cirurgia Programada* (Trabalho Final de Licenciatura). Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Portugal. Recuperado de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1864/2/PG_17171.pdf
- ◆ American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- ◆ Amouroux, R., Salvador, C. R., & Annequin, D. (2010). L'anxiété préopératoire: manifestations cliniques, évaluation et prévention. *Annales Médico-Psychologiques*, 168 (8), 588-592. Recuperado de <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00682246/document>. doi: 10.1016/j.amp.2009.10.017
- ◆ Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- ◆ Ay, A.A., Ulucanlar, H., Ay, A., & Ozden, M. (2014). Risk Factors for Perioperative Anxiety in Laparoscopic Surgery. *Journal Of The Society Of Laparoendoscopic Surgeons*, 18 (3), 1-7. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154400/pdf/e2014.00159.pdf>. doi: 10.4293/JSLS.2014.00159
- ◆ Bailey, L. (2010). Strategies for Decreasing Patient Anxiety in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 92 (4), 445-460. doi: 10.1016/j.aorn.2010.04.017

- ◆ Barbosa, A.C., Terra, F.S., & Carvalho, J.B.V. (2014). Humanização da assistência médica e de enfermagem ao paciente no perioperatório em um hospital universitário. *Revista Enfermagem UERJ*, 22 (5), 699-704. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a19.pdf>. doi: 10.12957/reuerj.2014.2605
- ◆ Burkle, C.M., Mann, C.E., Steege, J.R., Stokke, J.S., Jacob, A.K., & Pasternak, J.J. (2014). Patient fear of anesthesia complications according to surgical type: potential impact on informed consent for anesthesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58 (10), 1249-1257. doi: 10.1111/aas.12413
- ◆ Callegaro, G. D., Baggio, M. A., Nascimento, K. C., & Erdmann, A. L. (2010). Cuidado Perioperatório sob o olhar do Cliente Cirúrgico. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11 (3), 132-142. Recuperado de http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_pdf/a14v11n3.pdf
- ◆ Carpenito-Moyet, L.J. (2011). *Manual de Diagnósticos de Enfermagem* (13ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- ◆ Cerejo, M.N.R. (2000). *Impacto de um Programa de Informação Estruturada na Recuperação Pós-Operatória* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.
- ◆ Christóforo, B.E.B., & Carvalho, D.S. (2009). Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (1), 14-22. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/02.pdf>. doi: 10.1590/S0080-62342009000100002
- ◆ Costa, V.A.S.F., Silva, S.C.F., & Lima, V.C.P. (2010). O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Revista da SBPH*, 13 (2), 282-298. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n2/v13n2a10.pdf>.
- ◆ Daniel, F.C.B. (1996). *Teoria e prática psicométrica: contribuição para a validação do STAI-Y de Spielberger em estudantes do ensino superior* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Estremadura, Espanha.
- ◆ Daniel, F., Ponciano, E., Figueirinha, R., & Spielberger, C. (2006). Estrutura factorial de uma versão experimental do STAI-Y de Spielberger em estudantes universitários portugueses. In Tavares, Pereira, Fernandes & Monteiro (Eds.), *Ativação do Desenvolvimento Psicológico: Actas do Simpósio Internacional* (1ª ed., pp. 144-150). Aveiro, Portugal: Universidade de Aveiro.

- ◆ Estrela, I.R. (2012). *Vivenciar a Cirurgia “Uma Transição”: Da informação prestada às necessidades relatadas* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24083&code=331>
- ◆ Fernandes, E.O., Guerra, E.E., Pitrez, F.A.B., Fernandes, F.M., Rosito, G.B.A., Gonzáles, H.E., ... Carvalho, R.L. (2010). Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. *Revista da AMRIGS*, 54 (2), 240-258. Recuperado de http://www.amrigs.org.br/revista/54-02/23-pratica_medica.pdf
- ◆ Filho, D.B.F., & Júnior, J.A.S. (2010). Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Revista Opinião Pública*, 16 (1), 160-185. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/op/v16n1/a07v16n1.pdf>. doi: 10.1590/S0104-62762010000100007
- ◆ Fortin, M.F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- ◆ Goffin, K. (2010). Pre-operative anxiety: interventions to help patients. *Technic: The Journal Of Operating Department Practice*, 1 (7), 11-12.
- ◆ Gomes, N.C.R.P. (2009). *O Doente Cirúrgico no Período Pré-operatório: Da Informação Recebida às Necessidades Expressas* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.
- ◆ Gonçalves, S., & Braga, M.F. (2012). Comunicar, Informar e Educar na Ansiedade Pré-Operatória – desenvolvimento de uma intervenção breve. *Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 99-108.
- ◆ Gurusamy, K.S., Vaughan, J., & Davidson, B.R. (2014). Formal education of patients about to undergo laparoscopic cholecystectomy. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2, 1-34. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009933.pub2/epdf/standard>. doi: 10.1002/14651858.CD009933.pub2
- ◆ Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Estatísticas sociodemográficas*. Lisboa, Portugal: INE.

- ◆ Jjala, H.A., French, J.L., Foxall, G.L., Hardman, J.G., & Bedfordth, N.M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal Of Anaesthesia*, 104 (3), 369-374. Recuperado de <http://bj.oxfordjournals.org/content/104/3/369.full.pdf+html>. doi: 10.1093/bja/aeq002
- ◆ Lee, C.K., & Lee, I.F.K. (2013). Preoperative patient teaching: the practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 22 (17-18), 2551-2561. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04345.x
- ◆ Lei nº 48/90, de 24 de Agosto de 1990. *Diário da República nº 195, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- ◆ Lopes, P.C.G. (2011). *A Ansiedade do Doente no Período Pré-Operatório* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1653/1/LOPES%20Paula%20Cristina%20Gaspar%20corpo%20do%20trabalho.pdf>
- ◆ Marek, J., & Boehnlein, M. (2010). A Enfermagem no Pré, Intra e Pós-Operatório. In Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green (Eds.), *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença* (8ª ed). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- ◆ Marín, M.D., Cortés, A.L., Sanz, Y.M., & Serrano, R.M. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Revista Enfermería Global*, 37, 170-180. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/185281/169021>
- ◆ Martins, J.C.A. (2008). *O Direito do Doente à Informação. Contextos, Práticas, Satisfação e Ganhos em Saúde* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7251/2/Dissertao%20de%20Doutoramento.pdf>
- ◆ Martins, J.C.A. (2009). Satisfação do Doente com a Informação sobre a Doença e Morbidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (3), 335-340. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_09.pdf. doi: 10.1590/S0104-11692009000300009

- ◆ Mavridou, P., Dimitriou, V., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Papadopoulos, G. (2013). Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia: A survey of 400 patients. *Journal Of Anesthesia*, 27 (1), 104-108. doi: 10.1007/s00540-012-1460-0
- ◆ Mendes, A.P., Bastos, F., & Paiva, A. (2010). A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (2), 7-16. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn2/serlIn2a01.pdf>
- ◆ Millán, J.V., Serrano, J.R.B., & Aguirre, J.M.O. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cirugía y Cirujanos*, 78 (2), 151-156. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc102h.pdf>
- ◆ Mitchell, M. (2012). Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *Journal Of Advanced Nursing*, 68 (5), 1014-1025. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05801.x
- ◆ Mitchell, M. (2013). Anaesthesia type, gender and anxiety. *Journal Of Perioperative Practice*, 23 (3), 41-47.
- ◆ Muniesa, L.S., & Romeo, C.M. (2013). Prevalencia de la Ansiedad en la Sala de Acogida Quirúrgica. *Revista ROL de Enfermería*, 36 (11), 36-40.
- ◆ Nanda, I. (2015). *Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificações 2015-2017*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- ◆ Nigussie, S., Belachew, T., & Wolancho, W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BioMed Central Surgery*, 14 (1), 1-10. Recuperado de <http://bmcsurg.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2482-14-67?site=bmcsurg.biomedcentral.com>. doi: 10.1186/1471-2482-14-67
- ◆ Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à Análise de Casos*. Lisboa, Portugal: OE.
- ◆ Passos, U.C. (2009). *Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse do Enfermo Cirúrgico Oncológico* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Goiás, Brasil. Recuperado de http://tede.biblioteca.ucq.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=586

- ◆ Perrando, M.S., Beuter, M., Brondani, C.M., Roso, C.C., Santos, T.M., & Predebon, G.R. (2011). O Preparo Pré-Operatório na Ótica do Paciente Cirúrgico. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 1 (1), 61- 70. Recuperado de <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/download/2004/1512>
- ◆ Pritchard, M.J. (2011). Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing Standard*, 25 (51), 35-39.
- ◆ Renca, P.F.N.N., Gomes, H.B.F., Vasconcelos, A.P.P.F.A., & Correia, L.M. (2010). Programa de informação para alívio da ansiedade de familiares de doentes internados em psiquiatria. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (2), 91-100. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn2/serlIn2a10.pdf>
- ◆ Rhodes, L., Nash, C., Moisan, A., Scott, D.C., Barkoh, K., Warner, W.C., ... Kelly, D.M. (2015). Does Preoperative Orientation and Education Alleviate Anxiety in Posterior Spinal Fusion Patients? A Prospective, Randomized Study. *Journal Of Pediatric Orthopaedics*, 35 (3), 276-279. doi: 10.1097/BPO.0000000000000260
- ◆ Ribeiro, P.I.A.M. (2010). Pré-operatório: O Universo da Apreensão e do Desconhecimento. Estudo de Factores que Influenciam o Nível de Ansiedade Estado do Doente no Pré-operatório. *Revista Investigação em Enfermagem*, 22, 17-26.
- ◆ Rothrock, J.C. (2008). *Alexander Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (13ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- ◆ Sadati, L., Pazouki, A., Mehdizadeh, A., Shoar, S., Tamannaie, Z., & Chaichian, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 27 (4), 994-998. doi: 10.1111/scs.12022
- ◆ Salles, L.F., & Silva, M.J.P. (2011). Correlação entre ansiedade e anéis de tensão. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), 7-13. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn3/serlIn3a01.pdf>
- ◆ Santos, A.F., Santos, L.A., Melo, D.O., & Júnior, A.A. (2009). Estresse Pré-operatório: Comparação entre Pacientes do SUS e Conveniados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (2), 269-276. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n2/a14v22n2.pdf>. doi: 10.1590/S0102-79722009000200014

- ◆ Santos, N.C.M. (2010). *Centro Cirúrgico e os Cuidados de Enfermagem* (6ª ed.). São Paulo, Brasil: Iátria.
- ◆ Santos, M.M.B. (2012). *A Ansiedade, Depressão e Stresse no Pré-operatório do Doente Cirúrgico* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- ◆ Santos, M.A., Rossi, L.A., Paiva, L., Dantas, R.A.S., Pompeo, D.A., & Machado, E.C.B. (2012). Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14 (4), 922-927. Recuperado de https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a21.pdf
- ◆ Serra, A.V. (1980). O que é a ansiedade? *Psiquiatria Clínica*, 1 (2), 93-104.
- ◆ Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever K.H. (2011). *Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (12ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- ◆ Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e Depressão em Medicina. Modelos Teóricos e Avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22 (1), 89-98. Recuperado de <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1680/1260>
- ◆ Torрати, F.G. (2009). *Ansiedade, Depressão, Senso de Coerência e Estressores nos Períodos Pré e Pós-operatório de Cirurgias Cardíacas* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Brasil. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082009-124545/publico/FernandaGasparTorrati.pdf>
- ◆ Tou, S., Tou, W., Mah, D., Karatassas, A., & Hewett, P. (2013). Effect of preoperative two-dimensional animation information on perioperative anxiety and knowledge retention in patients undergoing bowel surgery: a randomized pilot study. *Colorectal Disease*, 15 (5), 256-265. doi: 10.1111/codi.12152
- ◆ Vilelas, J. (2009). *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- ◆ Walker, J.A. (2007). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal Of Nursing*, 16 (1). 27-32. doi: 10.12968/bjon.2007.16.1.22712

- ◆ West, A.M., Bittner, E.A., & Ortiz, V.E. (2014). The effects of preoperative, video-assisted anesthesia education in Spanish on Spanish-speaking patients' anxiety, knowledge, and satisfaction: a pilot study. *Journal Of Clinical Anesthesia*, 26 (4), 325-329. doi: 10.1016/j.jclinane.2013.12.008
- ◆ Wong, E.M.L., Chan, S.W.C., & Chair, S.Y. (2010). Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *Journal Of Advanced Nursing*, 66 (5), 1120-1131. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05273.x
- ◆ Yilmaz, M., Sezer, H., Gürler, H., & Bekar, M. (2012). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal Of Clinical Nursing*, 21 (7-8), 956-964. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados



QUESTIONÁRIO

Caro utente,

Sou enfermeiro e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado. Para a concretização deste trabalho, necessito da sua colaboração, respondendo às questões que de seguida lhe apresento. As respostas são simples e têm por objetivo poder vir a melhorar os cuidados de Enfermagem que são realizados aos doentes que aguardam por uma cirurgia.

Não existem respostas certas ou erradas. Peço-lhe que não deixe nenhuma questão por responder.

As respostas serão usadas exclusivamente para a realização do estudo, pelo que a confidencialidade e o anonimato das respostas são garantidos.

Tem o direito de decidir livremente se quer ou não responder ao questionário.

Agradeço-lhe antecipadamente toda a atenção dispensada.


Enfermeiro Marco Gonçalves

Intervenção Cirúrgica:

- Pequena Cirurgia
 Grande Cirurgia

PARTE I

(Não preencher)

Assinale com um a alternativa escolhida ou preencha as linhas em branco.

1) Idade: _____ Anos

2) Sexo: Masculino Feminino

3) Habilitações Literárias/Académicas:

1.º Ciclo Ensino Básico, 4.ª Classe (1.º - 4.º Ano)

2.º Ciclo Ensino Básico (5.º - 6.º Ano)

3.º Ciclo Ensino Básico (7.º - 9.º Ano)

Ensino Secundário ou Equivalente (10.º - 12.º Ano)

Curso Superior

4) Situação Profissional: Estudante Empregado Desempregado
Doméstica Reformado

5) Zona de Residência: Rural Urbano

6) Estado Civil:

Solteiro Casado/União de Facto Divorciado/Separado de Facto Viúvo

7) Número de elementos do agregado familiar: _____

8) Prevê ter visitas de familiares/amigos durante o internamento?

Não Sim Não sabe

9) Alguma vez foi operado?

Não Sim

Se respondeu SIM à questão anterior,

9.1) Houve alguma complicação na operação anterior? Não Sim

10) Quanto tempo aguardou em lista de espera por esta operação?

11) A que é que vai ser operado? _____

PARTE II

1. As afirmações que se seguem estão relacionadas com a informação que tem neste momento acerca da anestesia e cirurgia.
Assinale com um (X), o nível de informação que tem.

	Nada	Pouco	O suficiente	Demais
1) Estou informado(a) acerca do que me vão fazer antes da operação (Por exemplo: rapar dos pelos, duche, medicação).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Estou informado(a) da necessidade de fazer alguns exames (Por exemplo: eletrocardiograma, análises ao sangue, Raio-X ao Tórax) antes da operação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Estou informado(a) da hora da operação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Estou informado(a) sobre como se processa a anestesia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Estou informado(a) sobre os vários locais por onde vou passar no dia da operação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Estou informado(a) sobre o tipo de material que terei depois da operação (Por exemplo: soro, drenos, pensos, sondas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Estou informado(a) sobre quando poderei ter visitas depois da operação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Estou informado(a) sobre o que fazer quando tiver dores depois da operação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Estou informado(a) sobre quando me poderei levantar depois da operação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Estou informado(a) sobre como deverei fazer para tossir depois da operação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Estou informado(a) do modo como me deverei movimentar na cama depois da operação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Estou informado(a) sobre quando é que o meu intestino vai começar a funcionar depois da operação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Estou informado(a) sobre quando poderei beber e comer depois da operação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Estou informado(a) sobre quanto tempo poderei ficar internado no hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Estou informado(a) acerca dos cuidados a ter depois da alta (esforços, alimentação, pensos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Os conhecimentos que tem sobre a anestesia e a cirurgia foram adquiridos através de:

Profissional de Saúde

Familiares e amigos

Pesquisa Própria

Conversa com outros doentes

Outros

PARTE III

Encontra-se abaixo um certo número de expressões.

Leia cada uma delas e a seguir *assinale o círculo apropriado* à direita, indicando como se sente **agora, isto é, neste momento**.

Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor a maneira como atualmente se sente.

	Não	Um pouco	Moderadamente	Muito
1) Sinto-me calmo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Sinto-me seguro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Estou tenso(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Sinto-me sob pressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Sinto-me à vontade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Estou preocupado(a) com possíveis contratempos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Sinto-me satisfeito(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Sinto-me com medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Sinto-me confortável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Sinto-me uma pilha de nervos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Estou descontraído(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Sinto-me contente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Estou preocupado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Sinto-me confuso(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Sinto-me sereno(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Sinto-me assustado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Sinto-me inquieto(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Sinto-me perturbado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19) Estou relaxado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20) Estou tranquilo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(IDATE Y-1 – Inventário Da Ansiedade Traço-Estado de Spielberger, tradução e adaptação de Daniel, 1996)

Muito obrigado pelo tempo dispensado a preencher este questionário

Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas

ANEXO II – Formulário de Informação ao doente e Consentimento Informado

INFORMAÇÃO AO DOENTE

O meu nome é Marco António Rodrigues Gonçalves, sou enfermeiro e encontro-me atualmente a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Para concluir este curso, pretendo avaliar a informação que os doentes têm acerca do ato anestésico-cirúrgico, no pré-operatório de uma cirurgia programada, a fim de desenvolver estratégias para melhorar a prestação de cuidados de Enfermagem.

Neste sentido, solicito a sua participação no estudo e agradeço a colaboração, sendo deste modo pertinente esclarecer determinados aspetos que se pretendem cumprir rigorosamente.

Procedimentos: aplicação de um questionário onde serão solicitadas algumas informações gerais sobre si e sobre a forma como se sente aquando de uma intervenção cirúrgica. O uso da informação pretendida é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros. O seu nome será substituído por um código. Depois de concluído o trabalho poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública ou contactando diretamente com o investigador.

Riscos: Não haverá danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais. A sua participação não causará impacto no seu tratamento clínico ou em tratamentos futuros.

Benefícios: Vai ter a oportunidade de manifestar os estados emocionais sentidos, ajudando a encontrar estratégias de avaliação, implementação e atuação eficazes pela equipa de enfermagem na preparação pré-operatória do doente cirúrgico.

Alternativas: A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar questões. Se decidir colaborar, peço-lhe que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. A qualquer momento poderá desistir de participar, o que não trará quaisquer consequências para si, continuando a receber os cuidados que necessita e a ser acompanhado da mesma forma.

Confidencialidade: a garantia da confidencialidade será assegurada aos participantes pelo anonimato quer da identidade, quer dos dados obtidos, assim como, na garantia que os dados do trabalho só serão usados para o fim previsto. Este estudo foi sujeito a aprovação pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas: Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me através do número de telemóvel: 916014332 (Enf.º Marco Gonçalves).

Custos: A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

O enfermeiro

Marco António Rodrigues Gonçalves

(Marco António Rodrigues Gonçalves)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente ao trabalho a desenvolver pelo Enf.º Marco António Rodrigues Gonçalves, com o título “Influência da informação acerca do ato anestésico-cirúrgico na ansiedade pré-operatória”, fui informado sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, custos e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas, tendo lido e percebido o documento “Informação ao Doente”. Foi-me dada a oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar voluntariamente no estudo.

Assinatura do(a) participante

_____ Data ___/___/2015

Assinatura do enfermeiro

Marco António Rodrigues Gonçalves Data ___/___/2015

ANEXO III – Pedido de cedência e autorização para utilizar versão do STAI-Y
de Spielberger



Marco António Rodrigues Gonçalves <enfmarco.pbl@gmail.com>

Pedido de cedência e autorização para utilizar versão adaptada do STAI-Y de Spielberg

Marco António Rodrigues Gonçalves <enfmarco.pbl@gmail.com>

25 de novembro de 2014 às 23:59

Para: femanda-daniel@ismt.pt

Boa noite Exma. Professora Fernanda Daniel.

O meu nome é Marco Gonçalves e sou enfermeiro no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Estou a frequentar neste momento o mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e pretendo desenvolver um trabalho de investigação na área da ansiedade dos doentes no período pré-operatório. Após a revisão da literatura que efetuei vi referenciada a sua dissertação de mestrado intitulada "Teoria e prática psicométrica: contribuição para a validação do STAI-Y de Spielberg em estudantes do ensino superior", apesar de não ter conseguido acesso online.

Pretendo utilizar no meu trabalho a versão do STAI-Y com 30 itens que a Professora aplicou na sua dissertação.

Neste sentido, solicito a cedência/envio da referida escala bem como a sua autorização para a utilizar.

Desde já, grato pela atenção,
Com os melhores cumprimentos,

Marco Gonçalves

ANEXO IV – Autorização para utilizar versão do STAI-Y de Spielberger

Coimbra, 6 de Dezembro de 2014

Exmo. Senhor Enfermeiro Marco Gonçalves,

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão do Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI - forma Y) no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

Cópia da versão do questionário é enviada em anexo.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Profa. Doutora Fernanda Daniel

(Autorização enviada por correio eletrónico)

ANEXO V – Pedido de autorização para realização do estudo

C.H.U.C. - EPE
UNIDADE DE INOVAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO
CENTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS

30/04/2015

PROTOCOLO N.º EHUC-044-15

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de
Administração do Centro Hospitalar
e Universitário de Coimbra, EPE

Dr. José Martins Nunes

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de um questionário, aos doentes internados nos serviços de internamento de Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia e Ginecologia dos pólos HUC e HG, no âmbito de um estudo de investigação sobre a temática “Influência da informação de enfermagem na ansiedade pré-operatória”.

Marco António Rodrigues Gonçalves, enfermeiro no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE a exercer funções no serviço de Cirurgia C – Homens, com o número mecanográfico 26174, e a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vem por este meio solicitar a autorização para a aplicação de um questionário aos doentes internados, propostos a cirurgia programada nos serviços de Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia e Ginecologia, com o objetivo de realizar um estudo de investigação subordinado ao tema “Influência da informação de enfermagem na ansiedade pré-operatória”, inserido no plano curricular do referido curso, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Compromete-se em assegurar que o presente estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral, seguindo os princípios da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça, assegurando o anonimato e liberdade de aceitação. Os questionários serão aplicados aos doentes submetidos a cirurgia programada no período pré-operatório nos serviços de internamento referidos. A previsão da aplicação dos questionários será no período compreendido entre Setembro até Novembro de 2015. A participação dos informantes é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa ou desistência em qualquer momento do estudo, após a leitura e aceitação do consentimento informado. A realização do estudo não acarreta quaisquer tipos de encargos para a instituição. Não estão previstos danos, e os benefícios da investigação relacionam-se com o aumento do conhecimento do assunto em causa, permitindo assim, a oportunidade de melhorar a prestação dos cuidados de Enfermagem. O autor compromete-se a divulgar os resultados do estudo após o seu término previsto para Fevereiro de 2016, assim como, enviar um exemplar do trabalho, após discussão, ao Serviço de Formação e Documentação do hospital.

Coloca-se à disposição de V. Ex.^a para esclarecimento de qualquer dúvida, através do telemóvel n.º 967489821. De modo a possibilitar uma maior rapidez na execução do estudo, solicito a V. Ex.^a a brevidade possível na resposta.

Remeto em anexo a documentação solicitada.

Sem outro assunto de momento, envio os mais respeitosos cumprimentos e solicito deferimento.

Coimbra, 30 de Abril de 2015

Marco António Rodrigues Gonçalves



(Enfermeiro/Estudante)

ANEXO VI – Parecer da Comissão de Ética da ESEnfC

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

Parecer Nº 268/03-2015

Título do Projecto: Influência da informação de enfermagem na ansiedade pré-operatória.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Marco António Rodrigues Gonçalves

Filiação Institucional: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Prof.^a Nazaré Cerejo e Prof. José Carlos Martins

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

O estudo apresentado tem como objectivos "*Avaliar a ansiedade pré-operatória dos doentes propostos para cirurgia programada; Avaliar a informação que os doentes recebem dos enfermeiros, no pré-operatório de uma cirurgia programada; Analisar quais as variáveis sociodemográficas que influenciam a ansiedade pré-operatória dos doentes propostos para cirurgia programada; Analisar a relação entre a informação de enfermagem e a ansiedade pré-operatória manifestada pelos doentes propostos para cirurgia programada*".

O estudo é definido como "*quantitativo, descritivo, correlacional*", sendo a população constituída pelos "*doentes a aguardar uma cirurgia programada, internados nos serviços de cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e urologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre Setembro e Novembro de 2015*".

No documento submetido:

- É justificada a utilidade do estudo para o planeamento dos cuidados à população alvo;
- Estão definidos os critérios de inclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados;
- O contacto com os participantes será efectuado pelo proponente;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes, sendo apresentado documento de consentimento informado;
- Não são identificados danos, ou custos, para os participantes;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é **favorável** ao estudo tal como apresentado. No entanto, este Parecer não dispensa a autorização da instituição onde é proposta a recolha de dados.

O relator: 

Data: 29/04/2015 O Presidente da Comissão de Ética: 

ANEXO VII – Parecer da Comissão de Ética do CHUC

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE



Prof. Doutor José Visto / A.U.I.D.
Para difusão
Directo 30. Fio
C.H.U.C. - EPE
6.7.15

Exmo. Senhor
Prof. Doutor José Pedro Figueiredo
Digmº Director Clínico do
CHUC, EPE

S/Refª	S/Comunicação	N/Ref. – Ofício n.º	Data
		CES/114	29.06.2015

Assunto: [CHUC-044-15] – *Estudo Observacional "Influência da informação de enfermagem na ansiedade pré-operatória" - aplicação de questionário* - Marco António Rodrigues Gonçalves - Enfermeiro do Serviço de Cirurgia C e aluno do V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (estudo a ser realizado nos Serviços de Cirurgia B e C, Ortopedia, Urologia e Ginecologia A do CHUC).

1

Cumprir informar Vossa Ex.ª que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 26 de Junho de 2015, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu **parecer favorável** à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

Fundamentação:

O estudo tem como objectivos avaliar a ansiedade pré-operatória dos doentes propostos para cirurgia programada, avaliar a informação que os doentes recebem dos enfermeiros, no pré-operatório de uma cirurgia programada e analisar quais as variáveis sociodemográficas que influenciam a ansiedade pré-operatória dos doentes propostos para cirurgia programada.

A população alvo será constituída pelos doentes propostos para cirurgia programada, internados nos serviços de Cirurgia geral, Ortopedia, Ginecologia e Urologia do CHUC, entre Setembro e Novembro de 2015. Os dados serão colhidos através da aplicação de um questionário.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE



Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

P'A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC, E.P.E.

CH. U. C., E. P. E.
Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do CHUC

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.º Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.º Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

2

ANEXO VIII – Autorização para a realização do estudo



CHUC
CENTRO HOSPITALAR
E UNIVERSITÁRIO
DE COIMBRA

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
Unidade de Inovação e Desenvolvimento
Centro de Ensaios Clínicos

AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

CHUC	044	15
------	-----	----

NOME DO PROJECTO:

INFLUÊNCIA DA INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM NA ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Enf.º Marco António Rodrigues Gonçalves

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 16/7/15

Presidente do Conselho de Administração



(Dr. José Martins Nunes)

