



**IPL**

**escola superior de saúde**  
instituto politécnico de leiria

**5º CURSO DE MESTRADO DE  
ENFERMAGEM À PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA**

**Ansiedade Pré-Operatória:  
O reflexo no doente cirúrgico**

Autora:

Tânia Maria Gomes dos Santos

Leiria, setembro de 2019



**IPL**

**escola superior de saúde**  
instituto politécnico de leiria

**5º CURSO DE MESTRADO DE  
ENFERMAGEM À PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA**

**Ansiedade Pré-Operatória:  
O reflexo no doente cirúrgico**

Autora: Tânia Maria Gomes dos Santos 5160009

Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de

Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica,

sob a orientação da Professora Doutora Maria Saude Lopes

Leiria, setembro de 2019

*As excelências, então, não se geram em nós nem por natureza, nem contra a natureza, mas por sermos constituídos de tal modo que podemos, através de um processo de habituação, acolhê-las e aperfeiçoá-las”*

Aristóteles, in *Ética a Nicómaco*

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação,

Aos meus pais, Eduardo Oliveira Santos e Felicidade Azevedo Gomes, pelo apoio contínuo e constante que sempre me deram, pelo incentivo e impulso para ser sempre mais e melhor.

Ao Fábio, o meu melhor amigo, que através de bons e menos bons momentos, continua a caminhar ao meu lado, apoiando-me quando mais preciso.

À minha irmã Zézinha, por ser uma segunda mãe, pelo carinho e apoio sempre demonstrados e por ser um exemplo a seguir.

À Rita, a irmã “por afinidade”, pelo apoio, amizade e companheirismo ao longo de tantos anos.

Ao Tobias Miguel, porque fazes muita falta.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de expressar o meu reconhecimento e gratidão à Senhora Professora Doutora Maria Saudade Lopes, que através da sua preciosa orientação científica, disponibilidade e apoio, tornou exequível o desenvolvimento desta investigação.

À Professora Maria dos Anjos Dixe como orientadora de Curso, que marcou o meu percurso académico desta fase, por toda a ajuda e disponibilidade.

A Michael Pritchard, colega de profissão e perito na área da Ansiedade Pré-Operatória, pelo apoio e estudos disponibilizados, que enriqueceram este trabalho.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria, pela autorização da realização do estudo e aplicação do instrumento de colheita de dados.

Aos Enfermeiros Chefe, aos colegas dos serviços e aos Diretores de Serviço, pela autorização da realização do estudo, pelo apoio e pela disponibilidade demonstrados.

Aos utentes que participaram nesta investigação, cuja disponibilidade tornou viável a sua realização.

A todos os meus amigos, sem exceção, pelo apoio demonstrado durante todo o percurso.

A todos os que de alguma forma apoiaram ou contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos o meu sincero muito obrigada.

## RESUMO

A experiência cirúrgica é um processo complexo e crítico, com implicações profundas no doente cirúrgico, podendo levar a sentimentos de ansiedade, que o predispõem a complicações.

Este estudo visa avaliar a ansiedade vivenciada no pré-operatório pelos doentes propostos para cirurgia programada e aprofundando esta temática, pretendemos contribuir para um aumento na excelência da qualidade dos cuidados de Enfermagem e conseqüentemente, para o aumento do bem-estar do doente cirúrgico.

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, em 42 doentes submetidos a cirurgia eletiva, através da aplicação de um questionário de autopreenchimento composto por uma escala de avaliação da ansiedade, a *Strait Trace Anxiety Inventory* (STAI), validada para a população portuguesa e autorizada pelo autor; e por questões que caracterizam a amostra e que operacionalizam variáveis que tenham influência sobre a ansiedade pré-operatória. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 25.

Os resultados revelam que existem níveis significativos de ansiedade pré-operatória, encontrando-se relações estatisticamente significantes em função do sexo, idade, tempo de internamento, gravidade da doença autopercecionada e maior dificuldade em adormecer/dormir.

Conclui-se que, sendo a ansiedade pré-operatória uma área de extrema relevância no bem-estar do doente cirúrgico, torna-se fundamental um impulso na melhoria dos cuidados de Enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Ansiedade Pré-operatória; Doente Cirúrgico.**

## **ABSTRACT**

Surgical experience is a complex and critical process, with profound implications for the surgical patient, and may lead to anxiety feelings, that predispose them to complications.

This study aims to evaluate the preoperative anxiety experienced by patients proposed for elective surgery and deepening this theme, we intend to contribute to an increase in the excellence of nursing care quality and, consequently, to increase the well-being of the surgical patient.

A quantitative, descriptive-correlational study was conducted in 42 patients undergoing elective surgery, through the application of a self-completed questionnaire consisting of an anxiety rating scale, the Strait Trace Anxiety Inventory (STAI), validated for the Portuguese population and authorized by the author; and by questions that characterize the sample and which operationalize variables that influence preoperative anxiety. For the statistical treatment of the data we used the SPSS (Statistical Package for Social Sciences), 25 version.

The results show that there are significant levels of preoperative anxiety, with statistically significant relationships in terms of gender, age, length of stay, severity of self-perceived disease and greater difficulty in falling asleep / sleeping.

It is concluded that, since preoperative anxiety is an extremely relevant area in the well-being of the surgical patient, an impulse to improve nursing care becomes fundamental.

**KEYWORDS: Nursing; Pre-Operative Anxiety; Surgical Patient.**

## ÍNDICE

---

### INTRODUÇÃO

#### 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

##### 1.1 ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

###### 1.1.1 Humanização vs Tecnologia

##### 1.2 ANSIEDADE DO DOENTE CIRÚRGICO

###### 1.2.1 Fatores Associados

###### 1.2.2 Avaliação da Ansiedade Pré-Operatória

###### 1.2.3 Estratégias de Atuação de Enfermagem

#### 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

##### 2.1 CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

##### 2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

##### 2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

##### 2.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

###### 2.4.1 Questionário ao doente cirúrgico

###### 2.4.2 Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberg

##### 2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

##### 2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

#### 3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

##### 3.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS

###### 3.1.1 Análise de conteúdo relativa às perguntas de resposta aberta

##### 3.2. ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS

#### **4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

#### **5 – CONCLUSÃO**

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

#### **ANEXOS**

APÊNDICE I – Questionário ao doente cirúrgico – 1ª parte

APÊNDICE II - Questionário ao doente cirúrgico - Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger

ANEXO I – Consentimento Informado

ANEXO II – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração

ANEXO III - Pedido de cedência e utilização do Inquérito STAI

ANEXO IV - Autorização para realização do estudo do Conselho de Administração do CHL

## ÍNDICE DE TABELAS

---

**Tabela 1** - Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov

**Tabela 2** - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=40)

**Tabela 3** - Dados relativos ao processo cirúrgico (n=40)

**Tabela 4** - Distribuição da amostra segundo a percepção da gravidade da doença (n=40)

**Tabela 5** - Distribuição da amostra segundo maior dificuldade em adormecer/dormir e toma de medicação para dormir no dia anterior à cirurgia (n=40)

**Tabela 6** - Distribuição da amostra de acordo com o ter outras preocupações para além da cirurgia (n=40)

**Tabela 7** - Estatística descritiva da Escala de Ansiedade Estado (STAI-Y)

**Tabela 8** - Estatística descritiva da Escala de Ansiedade Traço (STAI-Y)

**Tabela 9** - Correlação de Spearman entre a Escala de Ansiedade-Estado e Ansiedade-T

**Tabela 10** - Correlação de Spearman entre o tempo de internamento e o tempo de espera pela cirurgia, com o nível de ansiedade

**Tabela 11**- Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney entre os níveis de ansiedade pré-operatória em função na gravidade da doença (auto percecionada)

**Tabela 12** - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney entre os níveis de ansiedade pré-operatória em função entre a participação em consulta pré-operatória de enfermagem

**Tabela 13** - Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis nos níveis de ansiedade pré-operatória em função entre o tempo que medeia a consulta pré-operatória até à cirurgia

**Tabela 14** - Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis nos níveis de ansiedade pré-operatória em função de uma maior dificuldade em adormecer ou dormir, nos dias que antecedem a cirurgia

**Tabela 15** - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney entre nos níveis de ansiedade em função de ter ou não tomado sedativos/tranquilizantes no dia anterior à cirurgia

**Tabela 16** - Correlação de Spearman entre o nível de ansiedade pré-operatória e a idade

**Tabela 17** - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney entre nos níveis de ansiedade em função do género

## **ÍNDICE DE QUADROS**

---

**Quadro 1** - Respostas sobre a presença de outras preocupações para além da cirurgia

**Quadro 2** - Fatores contributivos para diminuição da ansiedade

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, SIGLAS**

---

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

HSA – Hospital Santo André

PO – Pré-Operatório

STAI – *Strait Trace Anxiety Inventory*

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

## INTRODUÇÃO

De acordo com Código Deontológico do Enfermeiro (2005), artigo 88º, “*o enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...) sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*”. Corroborado pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica, que incita a uma procura permanente da excelência no exercício profissional do enfermeiro especialista, ao procurar obter níveis de satisfação elevados da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, com a promoção de saúde e prevenção de complicações, de forma a potencializar a maximização do bem-estar do doente.

Também Fortin, Côté e Filion (2009, p.18) nos lembra que, “*nenhuma profissão terá um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação*”. Desta forma, a investigação é essencial à ciência de enfermagem, no desenvolvimento de um suporte científico que sirva de orientação para uma prática de excelência. Portanto, munido de sólidos conhecimentos científicos, o enfermeiro tem o dever profissional de desenvolver competências que lhe permitem assistir e cuidar do doente em todas as fases da vida, inclusive, quando este é ameaçado na sua integridade, nomeadamente quando vivencia a experiência cirúrgica.

A cirurgia é um acontecimento complexo e crítico, uma realidade muitas vezes subitamente imposta, geradora de alterações profundas na vida de cada um, condicionando o bem-estar e saúde, com implicações nos padrões fundamentais da vida, a nível individual, familiar e profissional, através de mudanças de papéis, e alterações nas relações (Melchior, 2017). Perante a necessidade de ser submetido a procedimento cirúrgico, o doente vivencia um processo gerador de stress, ao qual é atribuída uma conotação negativa, ameaçadora da sua integridade física e psíquica (Santos, Martins & Oliveira, 2014).

A ansiedade para além de potencialmente alterar o conforto e qualidade de vida do doente, poderá ainda ter um peso significativo, interferindo na capacidade de tomar decisões adequadas e adesão ao tratamento. Ter conhecimento acerca dos fatores de risco que contribuem para níveis mais elevados de ansiedade, poderá ser auxílio para realizar uma triagem eficaz aos doentes que poderão beneficiar de uma intervenção preventiva no pré-operatório e planear

ações dirigidas a esses mesmos fatores, por forma a responder às necessidades dos doentes e tornar a experiência do pré-operatório menos negativa (Oliveira, 2011).

Desta forma, o papel do enfermeiro é crucial para o desenvolvimento saudável da experiência cirúrgica. Contudo, e de acordo com o autor supracitado, vivemos uma nova era cirúrgica. Se por um lado se vive uma crescente pressão para conter gastos de saúde, que caminha lado a lado com uma escassez nos recursos económicos, traduzida em restrições de recursos materiais, humanos e técnicos, e aliada a uma crescente pressão de entidades governamentais e das organizações para um incremento da produtividade e eficiência dos trabalhadores. Por outro lado, e de acordo com o último relatório da Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa (2017), as alterações na composição etária da população residente em Portugal são reveladoras do envelhecimento demográfico ocorrido nos últimos anos, onde atualmente o número de idosos já há muito que ultrapassou o número de jovens em Portugal, e conseqüentemente, verifica-se uma procura exponencial da população Portuguesa aos cuidados de saúde do Sistema Nacional de Saúde, verificando-se igualmente um aumento da exigência dos cidadãos e comunidades, cada vez maior, no que concerne à qualidade dos cuidados de saúde.

Portanto, esta é uma situação conflituosa na medida em que poderá acarretar uma limitação no tempo disponível para aplicar estratégias de deteção e redução de níveis elevados de ansiedade, uma vez que os doentes têm menos contato com os profissionais de saúde e estes menos tempo disponível para cada doente, funcionando como um entrave às medidas de controlo da ansiedade pré-operatória, pondo em risco o nível desejado de qualidade de cuidados de Enfermagem.

O motivo que originou este estudo foi sem dúvida o meu interesse pessoal pela área da Cirurgia. Dentro desta área, o que me “inquietou” e me levou a optar por esta temática, foi o fato de em contexto de Ensino Clínico no Bloco Operatório Central do Hospital Santo André (HSA) em Leiria, ter sido constatado que apesar de se verificar um prestação de cuidados de enfermagem com qualidade ao utente cirúrgico, uma parte dos doentes não tinha o seu bem-estar psicológico assegurada e desta forma, a ansiedade sentida pelos doentes ao chegar ao Bloco Operatório era vívida. Também os estudos efetuados em Portugal sobre esta temática eram escassos. Por este motivo, e considerando os pressupostos abordados, senti ser pertinente e interessante aprofundar este tema e desenvolver um estudo que permitisse avaliar os níveis de Ansiedade Pré-Operatória (PO) sentidos pelos doentes submetidos a cirurgia eletiva no HSA.

Assim, no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, é desenvolvida a dissertação sobre “Ansiedade Pré-Operatória: o reflexo no doente cirúrgico”.

Neste contexto, constitui objetivo geral deste estudo avaliar a ansiedade pré-operatória vivenciada pelos doentes cirúrgicos, visando contribuir para um aumento na excelência da qualidade dos cuidados de Enfermagem e conseqüentemente, para o aumento do bem-estar do doente cirúrgico.

Tendo em conta o objetivo deste estudo, será utilizada uma abordagem quantitativa, sendo este um estudo transversal, descritivo e correlacional.

A população-alvo consistiu em doentes admitidos no hospital, nos serviços de Ortopedia, Cirurgia Geral e Especialidades Cirúrgicas (Urologia), no período pré-operatório de cirurgias eletivas. Consideram-se como critérios de inclusão, idade igual ou superior a 18 anos, saber ler e escrever e como exclusão a presença de transtornos cognitivos que impeçam uma recolha de dados válida.

A amostra foi composta pelos doentes que responderam a um questionário, no dia da cirurgia, e que compreende dois conjuntos de questões, o primeiro que visa obter informação sobre o doente cirúrgico (APÊNDICE I), e de seguida o inquérito da State-Trait Anxiety Inventory (APÊNDICE II). Posteriormente analisámos os níveis de ansiedade apresentados e a sua associação com algumas variáveis, e por forma a responder a um conjunto de inquietações que se traduzem nas questões orientadoras deste estudo.

Foi tido em conta os respetivos procedimentos Formais e Éticos, através da garantia das condições de anonimato e sigilo e respetiva autorização do doente com o Consentimento Informado (ANEXO I) e de um pedido de autorização formal ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria (ANEXO II).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS).

Atendendo às conceções defendidas por vários autores, particularmente Fortin *et al.*, (2009), apresento este estudo redigido e organizado em três fases: conceptual, metodológica e empírica. Numa primeira fase, é dedicada à revisão bibliográfica, de forma a estabelecer um quadro teórico e conceptual, abordando o tema sobre o qual é desenvolvido o problema de investigação, através da exposição do parecer de vários autores consultados e apresentando os conceitos fundamentais sobre esta temática. Na fase metodológica, aborda-se a metodologia ou tipo de

estudo que será utilizado, expondo a concetualização do estudo e objetivos; questões de investigação e ou hipóteses; população e amostra; instrumentos; procedimentos formais e éticos e dados relativos ao tratamento de dados. Na última fase, são apresentados e é realizada uma abordagem sobre a análise dos dados, assim como a interpretação dos mesmos à luz da fundamentação teórica apresentada nas fases precedentes.

A conclusão encerra o projeto, desenvolvendo uma visão global sobre todo o trabalho desenvolvido, desta forma, é realizada uma reflexão dos conteúdos desenvolvidos, sendo tecidas algumas considerações deste trabalho de investigação.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico é indispensável num trabalho de investigação, pois este permite clarificar o problema e apresentar o estado atual dos conhecimentos sobre um determinado tema, conduzindo a uma estruturação conceptual que será fundamental para a construção do trabalho de investigação (Fortin *et al.*, 2009).

### 1.1. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Longa é a história da Enfermagem e a atividade em bloco operatório foi identificada como a sua primeira área de especialização (Blomberg, Bisholt, Nilsson & Lindwall, 2014 citando McGarvey, 2000).

A Enfermagem Perioperatória é definida como “*o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, (...) pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado*”. Associação de Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP, 2012, p.107).

Existem três fases que compõem o período perioperatório, sendo eles o pré-operatório (que tem início com o agendamento da cirurgia até ao início do procedimento anestésico-cirúrgico); o intraoperatório (que é constituído pelo momento do procedimento anestésico-cirúrgico) e pelo pós-operatório que se inicia com a finalização do procedimento e que tem lugar na sala de recobro ou na unidade de cuidados pós-anestésicos. Portanto, cada fase tem um início e um fim, numa sequência lógica de eventos que constitui a experiência cirúrgica (Ascari, 2014).

Inicialmente, o papel do enfermeiro de sala de operações era um papel subordinado ao elemento médico e que incluía práticas relacionadas com a manutenção da assepsia, entrega de instrumentos e um conjunto de práticas que contribuía para a realização do procedimento anestésico-cirúrgico, onde o contato com a família ou o doente era escasso. Atualmente, a evolução da enfermagem na sala de operações conduz á existência de cuidados de enfermagem específicos, de qualidade, que implicam uma consciência cirúrgica, espírito de equipa, rigor

profissional, destreza, espírito crítico, que exigem do enfermeiro um “saber ser”, que se constituiu por diversos papéis, desde prestador de cuidados a advogado do doente, como líder, investigador, cuidador, gestor, de uma combinação de diversos papéis, numa filosofia centrada no cuidar do doente através de um processo intelectual, científico e metódico (AESOP, 2012).

Contudo, aliado a esta filosofia holística do cuidar, existem alguns autores que nos falam acerca da dicotomia entre a humanidade do cuidar e o papel da enfermagem perante o avanço científico e tecnológico.

### **1.1.1 Humanização vs Tecnologia**

Ao longo dos tempos, a afirmação da enfermagem enquanto profissão científica encontra-se a par com a evolução da tecnologia, contudo, a partir da década de setenta do século XX começaram a surgir questionamentos teóricos acerca do impacto da crescente sofisticação das tecnologias em saúde sobre os cuidados de enfermagem. Estudos sobre a dicotomia do cuidar versus tecnologia incidem normalmente em espaços onde é usual uma hipercomplexidade tecnológica da interface corpo humano-máquinas, nomeadamente, bloco operatório, unidades de recobro, cuidados intensivos e urgências, visando compreender o impacto sobre a relação enfermeiros e doentes críticos (Monteiro & Curado, 2016). Suportada por esta inquietação, reemerge a afirmação dos cuidados centrados na pessoa e a recuperação do conceito holístico do cuidar como essência da enfermagem, contrariando o modelo biomédico e desta forma, o cuidado em enfermagem transmuta-se para uma interface de humanização na relação pessoa-tecnologia (idem).

Na visão do doente que irá ser submetido a uma intervenção cirúrgica, a entrada no bloco operatório é fonte de ansiedade, sentida e vivida muitas vezes como um misto de respeito e mistério. Este é um meio fechado, frio, interdito a todos os que lá não trabalham, e que se fazem apresentar escondidos por uniformes e máscaras, equipamento sofisticado, barulhos desconhecidos, a cor fria do material de inox que predomina, e um local onde a dor e a morte por vezes estão presentes, numa impotência diante da doença e isolamento do que lhe é conhecido. *“Surge o binómio sofrimento/esperança, por um lado a doença, o afastamento da família, a sensação de “nudez” ao entrar num lugar desconhecido, por outro lado a esperança de recuperar a saúde o mais depressa possível para regressar junto dos seus”* (AESOP, 2012, pág.123).

O procedimento cirúrgico a que vai ser submetido incita à inquietude e ansiedade, por vezes não tanto pelo ato em si, mas pelo conceito mais ou menos imaginário do mundo misterioso da sala de operações “*o acto cirúrgico toca a vida e por consequência avizinha-se da morte*” (idem).

Por seu lado, cabe ao enfermeiro desmistificar esta visão, orientando as suas atividades e centrando-se nas necessidades humanas através da relação de ajuda e através da empatia, do respeito, da compreensão, da escuta ativa e do silêncio, da advocacia e do apoio, entre muitos outros, conceitos e ações que embora não observáveis nem mensuráveis, refletem-se no cuidar do doente, transmitem confiança e segurança, e diminuem a angústia e a ansiedade perante a cirurgia (idem).

Paradoxalmente, o enfermeiro é também “cuidador das máquinas”, uma vez que neste meio de complexidade tecnológica, tal como os doentes, também elas “*precisam de ser tocadas, cuidadas e assistidas*” (Silva *et al.*, 2009, p.211). Existe uma simbiose entre corpo humano e máquina, no qual a sobrevivência do doente depende totalmente da funcionalidade do aparato tecnológico (Monteiro & Curado, 2016).

Em 2005, Bedin, Ribeiro e Barreto apresentaram-nos uma visão mais controversa ao afirmar, que a par da mecanização da prática através da repetição diária das atividades e a sobrecarga de trabalho, a complexidade tecnológica na saúde, apesar do seu contributo positivo, interfere e afasta a enfermagem de uma prática humanizada ao evocar a si grande parte do tempo e atenção do enfermeiro. Por outro lado, citando Ribeiro *et al.*, (1999, pág.19), “*de nada adianta ser um humanista e observar o homem que morre por falta de tecnologia, nem ser rico em tecnologia apenas para observar os homens que vivem e morrem indignamente*” (pág.122).

Mais recentemente, outros autores corroboram esta visão referindo que a existência de uma complexidade tecnológica em bloco operatório pode dificultar as relações humanas, colocando em risco a construção de uma relação de ajuda e de um cuidado humanizado pela equipa de enfermagem, considerando que, associado a um maior uso da tecnologia, se verifica uma divergência de responsabilidades, com depreciação e desvalorização das relações interpessoais e aspetos primordiais do cuidados humanizado, na medida em que, vigora a supremacia técnica sobre o aspeto afetivo (Lima, Jesus & Silva, 2018). Observa-se que o profissional de enfermagem centra a sua preocupação no correto manuseamento do material e em questões de logística, tornando a prática assistencial mecanizada e tecnicista, não reflexiva, esquecendo de humanizar o cuidado, onde valores, sentimentos, crenças não são tidos em conta (Alves, 2018).

Contudo, apesar dos inúmeros fatores que a cirurgia acarreta e que provocam medos e incertezas no doente, assim como stress na equipa cirúrgica, é necessário que os profissionais tenham consciência e se recordem que o objetivo do seu trabalho é a recuperação do doente, preocupando-se em detetar sinais de ansiedade, stress ou outros fatores que possam interferir com os *outcomes* desejados (Bedin, Ribeiro & Barreto, 2005).

Em boa verdade, *“Humanizar não é mais do que nos recordar incessantemente que os órgãos afetados não são apenas peças desligadas, rodas do mecanismo... mas sim parte integrante de um ser humano que pensa, sente e sofre e que devemos entender em toda a sua singularidade”* (AESOP, 2012, pág. 124).

Para tanto, o enfermeiro deve estar em constante aperfeiçoamento, deve ser moldável ao crescendo de complexidade técnico-científica, o que exige do enfermeiro um novo perfil de capacitação (Santos, Silva, Pereira, Silva & Araújo, 2018). O avanço tecnológico não deve acarretar um aspeto frio e meramente mecanicista no cuidado ao doente, sendo necessário um equilíbrio entre a sofisticação de última geração e a resposta às necessidades do doente, valorizando princípios éticos e morais (Pinto, Lunardi, Treviso & Botene, 2018).

Portanto, na minha opinião, apesar do avanço tecnológico na área da saúde que se faz beneficiar dos princípios científicos e dos equipamentos mais simples até aos mais sofisticados, é o enfermeiro na sua praxis clínica, como mestre da criatividade que deve reconfigurar as tecnologias invasivas, utilizando-as na medida exata em que a sua instrumentalidade tem um impacto positivo para o doente, favorecendo uma interligação entre tecnologia e humanização, num cuidar que abrange uma dimensão múltipla, tentando assim, preservar a essência da enfermagem centrada no cuidado da pessoa.

## 1.2. ANSIEDADE DO DOENTE CIRURGICO

As perturbações de ansiedade afetam aproximadamente 30% da população adulta nalgum ponto das suas vidas. Estas incluem transtornos mentais que são caracterizadas por emoções de medo, ansiedade excessiva e perturbações comportamentais. Enquanto que o medo se caracteriza por ser uma resposta emocional a uma ameaça imediata e se associa a uma *fight or flight reaction*, a ansiedade, por seu lado, é associada a uma antecipação de uma futura preocupação, um medo sem objeto e está relacionado com tensão muscular e a comportamentos de evicção. Por outro

lado, a ansiedade patológica caracteriza-se pela excessiva intensidade e duração prolongada diante da ameaça desconhecida, necessitando de tratamento específico (American Psychiatric Association, 2017).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (2011), ansiedade caracteriza-se por uma emoção negativa, com sentimento de ameaça, perigo ou angústia. Sendo também definida por um sentimento de apreensão derivado da antecipação de um perigo real ou imaginário (Costa, Silva & Lima, 2010).

A experiência da ansiedade engloba duas componentes: a percepção das sensações fisiológicas (palpitações e suor) e a percepção que a pessoa tem de estar nervosa ou assustada. Para além dos efeitos fisiológicos, a ansiedade afeta o pensamento, produzindo confusão e distorções da percepção, não apenas do tempo e do espaço, mas também das pessoas e dos significados dos acontecimentos. Desta forma, essas distorções podem interferir na forma como a informação é recebida, ao diminuir a concentração, reduzir a memória e perturbar a capacidade de fazer associações. Outro aspeto importante sobre a ansiedade é o seu efeito sobre a atenção seletiva, onde a pessoa que sente ansiedade tende a selecionar certos aspetos do seu ambiente e subestimar outros num esforço para provar que a ansiedade que sente é justificada (Sadock & Sadock, 2008).

A necessidade de hospitalização e intervenção cirúrgica aproxima a pessoa da esfera da doença e da morte, bem como das incertezas em relação ao processo cirúrgico, podendo originar ou potenciar quadros de angústia, medo, insegurança e tristeza, rompendo com um equilíbrio físico e mental, podendo ser fundamento para transtornos como ansiedade (Maluf, Richlin & Barreira, 2015). Corroborado pela AESOP (2012), quando refere que o doente vive de uma forma intensa e dolorosa a iminência de uma intervenção cirúrgica, onde a perspetiva do procedimento cirúrgico, como algo desconhecido e do qual sente medo, preocupa mais o doente do que a própria doença, provocando níveis elevados de ansiedade.

De acordo com vários autores, cerca de 60% a 80% dos doentes cirúrgicos, vivenciam um processo de estado de ansiedade antes da intervenção cirúrgica, cujas manifestações físicas e psicológicas se tornam mais intensas, nos momentos que antecedem o procedimento. De entre as manifestações fisiológicas mais frequentes destacam-se a taquicardia e hipertensão arterial, com conseqüente aumento do consumo de oxigénio, para além de um aumento das náuseas e vômitos no pós-operatório, surgindo ainda complicações mais preocupantes, como

prolongamento do tempo de hospitalização, assim como o aumento do risco de infeção (Melchior, 2017; Assis, Lopes, Nogueira-Martins & Barros, 2014).

Evidenciado por outros autores quando referem que a sintomatologia ansiosa pode acarretar um importante impacto na situação clínica do doente, uma vez que se verifica um aumento da degradação das proteínas, um aumento do período de cicatrização da incisão, alterações da resposta imunitária e desequilíbrios hidroelectrolíticos (Phipps, Sands & Marek, 2003).

De igual forma, poderá ser necessário um aumento da necessidade de fármacos anestésicos, que por sua vez, contribuirá para o aumento do risco anestésico. Também o aumento da dor no pós-operatório será consequência de estados mais elevados de ansiedade, podendo afetar a recuperação dos doentes e levando a uma diminuição da atividade, o que amplia o risco de tromboembolismo (Gonçalves, 2016).

Considerando todas as consequências perniciosas á evolução da doença, a ansiedade pré-operatória é uma área que merece ter destaque nos cuidados ao doente da equipa de saúde.

### **1.2.1 Fatores associados**

Esclarecido o conceito de ansiedade pré-operatória e as manifestações que pode despoletar, é fundamental compreender os fatores que estão na base dessa ansiedade.

De acordo com vários autores, a ansiedade pré-operatória pode ser desencadeada por medo do desconhecido; medo das intervenções cirúrgicas; preocupação com a dor que poderá ser sentida no período pós-operatório; preocupações relativas à segurança; preocupações com a recuperação e o impacto que irá ter nas suas atividades e hábitos de vida diários; perda de controlo e medo da morte (Oliveira, 2011; Davis-Evans, 2013).

Para além destes fatores, outros autores mencionam aspetos genéticos, psicológicos e ambientais. Cunha, (2011) corroborado por Oliveira (2011), acrescenta ainda que, a ansiedade vivenciada poderá depender de fatores como a idade, sexo, distúrbios psiquiátricos, perceção, tipo de cirurgia proposta, experiências anteriores, capacidade de resiliência e de lidar com experiências stressantes, entre outras.

Em relação ao fator sexo, vários estudos demonstram que o nível de ansiedade pré-operatória é mais elevado em doentes do sexo feminino e com menor nível de escolaridade. Também os

doentes com complicações pós-operatórias ou com doença grave demonstraram mais ansiedade em comparação com doentes que nunca foram submetidos a cirurgia. O fator informação recebida é também fulcral na medida em que, habitualmente, a ansiedade sentida é maior, quanto menor o nível de conhecimentos adquiridos acerca do procedimento anestésico-cirúrgico (Ribeiro, 2010; Cunha, 2011).

Outros autores destacam habilitações literárias, tempo de espera por cirurgia, comorbilidades, disfunção familiar, fatores socioeconómicos, uso de ansiolíticos e patologia psiquiátrica, como potenciais influenciadores.

### 1.2.2 Avaliação da ansiedade pré-operatória

Sendo a ansiedade uma emoção, é também individual e subjetiva, o que dificulta a sua deteção. No entanto, a capacidade de detetar e avaliar rápida e eficazmente os doentes que sofrem de ansiedade antes da cirurgia traria benefícios tanto ao doente como aos profissionais de saúde, uma vez que dessa forma, pode ser assegurado ao doente o suporte adequado para lidar com a situação, contribuindo para o bem-estar do doente, para a diminuição de riscos e do tempo de recuperação (Pritchard, 2011). Por outro lado, Gonçalves (2016, pág. 39) diz-nos que *“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”*. Posto isto, para avaliar a ansiedade de forma rápida e eficaz, o instrumento mais adequado deverá ser validado e apropriado para a população em estudo, largamente utilizado por outros investigadores, e de fácil utilização.

Pritchard (2009), menciona diversas escalas de avaliação de ansiedade pré-operatória no seu estudo. A Hospital Anxiety and Depression Scale de Zigmond e Snaith (1983); Health Status Questionnaire de Ware e Sherbourne (1992); General Well-Being Questionnaire de Bradley e Gamsu (1994); Multiple Affect Adjective check list de Zuckerman *et al.*, (1983); Amsterdam Preoperative Anxiety and Information de Moerman *et al.*, (1996) e a State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger (1983), cuja utilização foi fundamental neste estudo.

O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI) da autoria de Charles Spielberger, R.L. Gorsuch, R. Lushene, P.R. Vagg e G. A. Jacobs em 1970, que posteriormente sofreu alterações e melhorias, deu origem ao STAI - Forma Y (1983). Este modelo diferencia a ansiedade em

dois tipos e tem como intuito obter os níveis exatos da ansiedade-traço e ansiedade-estado em clínica e investigação. De acordo com Santos e Silva, autores responsáveis pela adaptação do inventário para a população portuguesa em 1997, o conceito de ansiedade-estado é definido como um estado emocional transitório da pessoa e que é variável no decorrer do tempo, sofrendo flutuações, em função da perceção de uma ameaça, onde as qualidades essenciais avaliadas pela escala de ansiedade-estado são sentimentos de apreensão, nervosismo, tensão e preocupação. Por outro lado, o conceito de ansiedade-traço refere-se a diferenças individuais, estáveis na forma como são percecionadas diversas situações como ameaçadoras ou perigosas, respondendo a essas situações com um aumento do nível da ansiedade-estado.

A STAI é reconhecida como uma forma de avaliação *Gold standard* para medir os níveis de ansiedade em contexto cirúrgico, contudo, vários autores referem que até à data, não há nenhuma escala quantitativa que seja universalmente aceite, que seja simples e rápida e que permita sem qualquer margem para erro, medir a ansiedade pré-operatória (Oliveira, 2011).

De acordo com Oliveira (2012), o controlo da ansiedade dos doentes no período pré-operatório pela equipa multidisciplinar é fulcral. Deve envolver reconhecimento precoce, avaliação da ansiedade e a implementação de estratégias para a reduzir, assim como preparar psicologicamente os doentes que vão ser sujeitos a procedimentos médicos invasivos, de forma a potencializarem as suas estratégias de coping, e desta forma reduzir a ansiedade. Portanto, as alterações psicológicas podem e devem ser um dos focos de atenção do enfermeiro e diversas são as estratégias que podem ser utilizadas para redução da ansiedade.

Contudo, o crescente recurso da População Portuguesa ao Sistema Nacional de Saúde, aliado ao pouco tempo disponível para cada doente e a uma pressão constante para conter gastos hospitalares, pode dificultar a eficácia dos serviços prestados, funcionando como um entrave às medidas de controlo da ansiedade pré-operatória. Portanto, que estratégias podemos adotar que visem dar resposta a este dilema?

### **1.2.3. Estratégias de atuação de Enfermagem**

De acordo com Melchior (2017, p.21), para minimizar o impacto que a ansiedade tem sobre o doente, e dessa forma evitar alterações fisiológicas decorrentes de estados emocionais e facilitar o processo cirúrgico, é dever do enfermeiro, “*empenhar-se na promoção, construção e*

*desenvolvimento do saber e do fazer, alicerçado num corpo de conhecimentos e competências técnicas, científicas e humanistas no campo das relações individuais e coletivas, consolidadas na práxis” (NI et al., 2011; Sadati et al., 2013; Renouf et al., 2014).*

O cuidar em enfermagem Perioperatória deve ter enfoque na preparação psicológica ou suporte emocional do doente, exigindo uma relação enfermeiro-doente de qualidade, que será construída através de competências relacionais e humanas desenvolvidas pelo enfermeiro (AESOP, 2012).

- Visita pré-operatória de enfermagem

Ainda de acordo com o autor supracitado, a realização da visita pré-operatória é uma estratégia que permite ao enfermeiro identificar e reduzir estados de ansiedade pré-operatória, iniciando uma relação de ajuda com o doente, identificando possíveis problemas existentes e realizando uma preparação psicológica e emocional para a intervenção a que vai ser submetido, obtendo, por outro lado, um maior bem-estar e colaboração do doente nas várias fases do processo perioperatório.

Corroborado por Gomes, Melo, Vasconcelos e Alencar (2014), que atribui à enfermagem um papel importante no reconhecimento e fortalecimento de estratégias perante estados de ansiedade, motivados por elementos stressores no ambiente hospitalar, conclui em estudo efetuado, que existem benefícios da visita pré-operatória de enfermagem, correlacionando-a com uma diminuição do nível de ansiedade dos doentes. A par de diversos outros autores de várias nacionalidades como Cuadrado, Alonso, Cepeda e Alonso (2017), citando Lopez *et al.*, (1991); assim como Sena, Nascimento, Maia e Santos (2017) citando Bagés *et al.*, (2015) que ainda verificam uma diminuição da dor pós-operatória com esta estratégia.

- Informação pré-operatória

Machado *et al.*, (2015) em estudo efetuado sobre a ansiedade pré-operatória no doente cardíaco, concluem que a informação disponibilizada acerca do evento cirúrgico tem como consequência uma minimização da ansiedade sentida, diminuição das complicações pós-operatórias e contribui para a participação ativa do doente no processo reabilitativo. Também Nigussie, Belachew e Wolancho (2014) concluem no seu estudo que existe uma correlação inversa entre a ansiedade pré-operatória e a informação providenciada nesse período, na medida em que, aumentando o fornecimento de informação no período pré-operatório acerca do ato anestésico-cirúrgico, a ansiedade sentida pelos doentes diminui.

Paralelamente, outros autores referem que deverá haver bom senso pela parte do profissional de saúde, na quantidade de informação que é disponibilizado ao doente, que em demasia poderá trazer sentimentos de asoberbo, aumentando os níveis de ansiedade e stress (Pritchard, 2011 citando Lilja *et al.*, 1998).

- Estratégias de comunicação

Diversas vezes os doentes poderão não conseguir processar toda a informação transmitida no período pré-operatório devido a um estado de ansiedade ou apenas por serem contemplados com termos médicos e uma linguagem que não lhes é familiar. Portanto, é importante o enfermeiro utilizar estratégias de comunicação que permitam ao doente que vivencia um estado de ansiedade, ter a capacidade de processar a informação transmitida. Nomeadamente através da repetição da informação e explicando o procedimento em termos simples, se necessário e possível de forma faseada, proporcionando oportunidade para os doentes poderem expor as suas dúvidas e medos e processarem a informação transmitida. Também a compreensão da sequência dos eventos de forma antecipada e o posterior reforço da informação imediatamente antes da administração dos anestésicos prova ser eficaz na diminuição da ansiedade (Davis-Evans, 2013).

- Humor

O mesmo autor reforça o humor como estratégia passível de ser implementada e que visa o alívio da ansiedade, minimiza a dor sentida, como facilitador da aprendizagem e do estabelecimento e reforço de relações, criando uma atmosfera terapêutica e que conduz a uma experiência cirúrgica positiva. Também o humor permite ao enfermeiro detetar eventuais sinais de ansiedade dissimulados, por exemplo, um doente que se sinta demasiado constrangido em comunicar o seu medo, poderá recorrer ao humor para o transmitir, que através da educação e comunicação, o enfermeiro poderá desconstruir estes medos e minimizar a angústia e ansiedade.

- Musicoterapia

Labrague e McEnroe-Petitte (2016), defendem que a música durante o período perioperatório atua de diversas formas promovendo a redução da ansiedade e diminuindo parâmetros fisiológicos, uma vez que, ouvir música proporciona ao doente uma forma de distração e canaliza o estado de ansiedade para um estado de relaxamento e sensação de bem-estar, diminuindo a frequência cardíaca, tensão arterial, níveis de catecolaminas (Cooke *et al.*, 2005; Gillen *et al.*, 2008; Mok & Wong, 2003), assim como frequência respiratória (Wu *et al.*, 2017).

Estilos diferentes de música têm efeitos diferentes no estado emocional das pessoas e para aliviar estados de ansiedade o estilo musical será a música clássica, com tom baixo, ritmo regular, em compasso lento, e de preferência deverá ser tocada em piano, cordas ou flauta medleys (Lee *et al.*, 2016).

- Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Um crescente número de estudos mostra a eficácia de uma enorme variedade de intervenções tais como relaxamento e técnicas cognitivo-comportamentais (Pritchard 2009 citando Andrewes *et al.*, 1999; Oliveira 2011 citando Stoddard *et al.*, 2005).

Esta é uma técnica que pressupõe a hipótese de que as emoções e comportamentos das pessoas são influenciados pela perceção do ambiente envolvente (Gomes & Pergher, 2010). As intervenções cognitivo-comportamentais mais utilizadas em casos de ansiedade são a psicoeducação, a identificação dos pensamentos automáticos e das emoções, a identificação das crenças centrais e intermediárias, a reestruturação cognitiva, a resolução de problemas e a avaliação do processo (Oliveira, 2011). Corroborado por Wilhelm e Andretta (2015) que identificam as estratégias de distração e reestruturação cognitiva, assim como técnicas comportamentais tal como exposição, dessensibilização sistemática e técnicas de relaxamento corporal como eficazes para a regulação emocional. Em relação a esta última técnica, as mesmas autoras referem que o relaxamento é a técnica mais amplamente utilizada na TCC e tem um efeito positivo sobre o doente que sofre com ansiedade. Falam também sobre a importância da meditação como uma prática oriental antiga que permite por si só uma série de mudanças físicas e psicológicas, ideal na melhoria dos problemas de ansiedade. Introduce a aplicação do *Mindfulness*, como um tipo de meditação que atualmente dá os seus primeiros passos dentro da área da promoção da saúde mental, no combate à ansiedade.

Em jeito de conclusão, Fonseca (2014) defende a implementação de estratégias que visem a redução da ansiedade, uma vez que conseqüentemente, aumenta a colaboração dos doentes, diminui os tempos operatórios, diminui a necessidade de administração de fármacos hipotensores e diminui o número de complicação cirúrgicas. Fatores que exprimem uma clara vantagem no âmbito da economia e da gestão em saúde.

## 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

*“A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. Ela consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos”* (Fortin *et al.*, 2009, p.4).

De acordo com o autor supracitado, a metodologia de investigação pressupõe de igual forma um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar investigação. Nesta fase, pretende-se definir os meios para a concretização desta investigação, determinando o rumo a seguir para obter respostas às questões de investigação ou verificar hipóteses. A natureza do desenho irá ser determinada pelo objetivo do estudo, conforme se pretenda descrever um fenómeno ou explorar associações entre variáveis.

A metodologia quantitativa também designada por objetivista assenta no paradigma positivista que implica que a verdade é absoluta e que os factos e os princípios existem independentemente dos contextos histórico e social, cuja máxima é que *“se uma coisa existe ela pode ser medida”* (Fortin *et al.*, 2009, p.29). Desta forma, esta metodologia interessa-se pelas causas objetivas dos fenómenos, apela à dedução e às regras da lógica, visando sobretudo, explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos, que serão suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos.

Também Gonçalves (2016) nos diz que a metodologia quantitativa apela ao raciocínio dedutivo, enfatiza as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana, sendo um processo sistemático de colheita e análise de dados.

Tendo em conta o tema desta investigação, optou-se por um estudo não experimental (quanto ao controlo de variáveis), que segundo o objetivo é um estudo descritivo realizado através de questionários, correlacionado (uma vez que será quantificado a força de relação entre variáveis), de abordagem quantitativa quanto ao método de tratamento de dados (Dixe, 2016).

Também Fortin *et al.*, (2009) faz referência ao estudo descritivo-correlacional cujo objetivo passa por explorar relações entre variáveis, descrevendo-as. Estabelecer relações entre as variáveis possibilita circunscrever o fenómeno estudado.

Neste capítulo é apresentada a Metodologia deste projeto de investigação, que é composto pelos subcapítulos Concetualização do estudo e objetivos; Questões de investigação e/ou hipóteses; População e Amostra; Instrumentos de recolha de dados; Procedimentos Formais e Éticos e Tratamento estatístico dos Dados. Assim, este capítulo traduz a sequência das etapas que irão ser percorridas nos diferentes momentos de pesquisa.

## 2.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

Este projeto de investigação tem como título: “Ansiedade Pré-Operatória: O reflexo no doente cirúrgico”. Para determinar a direção que se pretende dar ao estudo de investigação e precisar os conceitos que serão abordados, assim como a população alvo em estudo e a informação que se deseja adquirir, é necessário definir claramente os objetivos (Fortin *et al.*, 2009).

Constitui objetivo geral deste trabalho avaliar a ansiedade pré-operatória vivenciada pelos doentes cirúrgicos, visando contribuir para um aumento na excelência da qualidade dos cuidados de Enfermagem e consequentemente, para o aumento do bem-estar do doente cirúrgico.

Portanto, após reflexão sobre a temática, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os níveis de ansiedade vivenciados no pré-operatório pelo doente cirúrgico;
- Verificar se existe relação entre tempo de internamento e a ansiedade pré-operatória;
- Verificar se existe relação entre tempo de espera pela cirurgia e ansiedade pré-operatória;
- Verificar se existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função da gravidade da doença (auto percebida);
- Verificar se existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função da participação em consulta pré-operatória de enfermagem;
- Verificar se existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função do tempo que medeia a consulta de Enfermagem pré-operatória até à cirurgia;
- Verificar se existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função do aumento da dificuldade em adormecer ou dormir, nos dias que antecedem a cirurgia;

- Verificar se existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função da toma de sedativos/tranquilizantes no dia anterior ao dia da cirurgia;
- Verificar se existe relação entre idade e género com os níveis de ansiedade pré-operatória
- Identificar outras variáveis que possam influenciar de forma positiva e/ou negativa na ansiedade pré-operatória.

## 2.2. QUESTOES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

De acordo com Fortin *et al.*, (2009), uma questão de investigação “*é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direcção que se pretende tomar*”. Podem incluir uma ou várias variáveis, devem especificar a população alvo e precisar a informação que se espera obter dos participantes. Desta forma, para a concretização deste estudo e partindo dos objetivos enunciados anteriormente, este trabalho permitirá abordar:

**Questão 1** – Quais os níveis de ansiedade pré-operatória vivenciados pelo doente cirúrgico?

**Questão 2** – Existe relação entre tempo de internamento pré-operatório e tempo de espera por cirurgia com a ansiedade pré-operatória?

**Questão 3** – Existe diferença no nível de ansiedade pré-operatória em função da gravidade da doença (auto percebida)?

**Questão 4** – Existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função da participação em consulta de enfermagem pré-operatória?

**Questão 5** – Existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função do tempo que medeia a consulta pré-operatória até à cirurgia?

**Questão 6** – Existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função de uma maior dificuldade em adormecer ou dormir, nos dias que antecedem a cirurgia?

**Questão 7** – Existe diferença nos níveis de ansiedade em função de ter ou não tomado sedativos/tranquilizantes no dia anterior à cirurgia?

**Questão 8** – Existe relação entre idade e género com os níveis de ansiedade pré-operatória?

De acordo com Coutinho (2015), citando Punch (1998), uma hipótese é uma previsão de resposta para o problema de investigação. Desta forma, emergem as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1:** Existe relação entre níveis de ansiedade vivenciados pelos doentes cirúrgicos;

**Hipótese 2:** Existe relação entre o tempo de internamento e o tempo de espera pela cirurgia, com o nível de ansiedade vivenciado;

**Hipótese 3:** Existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função da gravidade da doença (auto percebida);

**Hipótese 4:** Existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função da participação em consulta de enfermagem pré-operatória;

**Hipótese 5:** Existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função do tempo que medeia a consulta pré-operatória até à cirurgia;

**Hipótese 6:** Existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função de uma maior dificuldade em adormecer ou dormir, nos dias que antecedem a cirurgia;

**Hipótese 7:** Existe diferença nos níveis de ansiedade em função de ter ou não tomado sedativos/tranquilizantes no dia anterior à cirurgia;

**Hipótese 8:** Existe relação entre idade e género com o nível de ansiedade pré-operatória.

### 2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Por população Coutinho (2015, p.89) define como *“um conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e quem partilham uma característica comum. Enquanto que amostra é definida como “o conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída.”*

Por outro lado, Fortin *et al.*, (2009), descreve o conceito de população como *“um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns”* e a população que é objeto do estudo é designada por *“população-alvo”* (p. 311).

Portanto, torna-se imprescindível a definição de uma fração da população sobre a qual se faz o estudo, ou seja, a constituição de uma amostra que reflita as características da população alvo.

Neste estudo, a população foi constituída por 42 doentes internados nos serviços de Ortopedia I e II; Cirurgia Geral I e II e Especialidades Cirúrgicas (Urologia), propostos para cirurgia eletiva, no Hospital Santo André, no período pré-operatório e durante um mês após a autorização deste estudo. Consideram-se como critérios de inclusão, idade igual ou superior a 18 anos, saber ler e escrever e como critério de exclusão a presença de transtornos cognitivos que impeçam uma recolha de dados válida. Desta forma, amostragem deste estudo é não probabilística e intencional, uma vez que a amostra em causa é baseada numa escolha, tendo em conta determinadas características.

## 2.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

De acordo com Fortin *et al.* (2009, p.368), “*a escolha do método de colheita dos dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis*”.

O instrumento de colheita de dados selecionado para este estudo de investigação foi o questionário, que de acordo com o autor supracitado, tem por objetivo recolher informação sobre acontecimentos, atitudes, crenças, sentimentos e opiniões, caracterizando-se por ser flexível no que concerne à estrutura, forma e meio de recolha de informação. Portanto, para responder aos objetivos deste estudo de investigação foi construído um questionário composto por dois conjuntos de questões, o primeiro que pretender obter informação acerca do doente cirúrgico, onde possam ser estabelecidas ligações com um maior ou menor nível de ansiedade pré-operatória experienciada. E em segunda instância, foi utilizado o Inventário de Traço-Estado de Ansiedade (STAI) da autoria de Spielberger e seus colaboradores em 1970, posteriormente revista para a Forma Y em 1983, tendo sido traduzido e adaptado à população portuguesa por Fernanda Daniel e Emanuel Ponciano em 1996, cujo pedido de cedência e autorização foi efetuado com sucesso e é anexado no final do trabalho.

### 2.4.1. Questionário ao doente cirúrgico

Para obter informação acerca do doente cirúrgico e do seu percurso neste processo, são feitas algumas questões que consistem maioritariamente em perguntas de resposta fechada,

apresentando, contudo, algumas perguntas abertas, permitindo a exposição da opinião dos indivíduos de forma livre.

São elaboradas 13 perguntas para determinar: a idade; género; tempo de internamento pré-operatório; tempo de espera por cirurgia; autoperceção sobre gravidade de doença; ter tido consulta de enfermagem pré-operatória (e algumas ilações a tirar caso tenha tido, nomeadamente, o tempo que decorreu entre a consulta e a cirurgia, a necessidade de mais informação aquando a consulta e o contributo da consulta para o estado de preparação percecionado pelo doente); ocorrência de maior dificuldade em adormecer ou dormir que o habitual; ter tomado medicação para dormir e haver preocupações externas que possam influenciar no nível de ansiedade. Foram realizadas três perguntas de resposta aberta com o intuito de compreender que outras preocupações para além da cirurgia poderia haver; que outros fatores poderiam contribuir para o doente se sentir mais calmo e por último, que outro tipo de informação gostaria de ter obtido (aquando a consulta de enfermagem pré-operatória).

A idade, é avaliada através de uma questão aberta que posteriormente será organizada por 4 grupos etários, nomeadamente inferior ou igual a 35 anos; dos 36 aos 50 anos; dos 51 aos 65 anos e maiores de 65 anos. Quanto ao género, é avaliado por resposta do tipo dicotómica (masculino e feminino).

O tempo de internamento é avaliado através de resposta aberta, organizado posteriormente por 4 grupos, nomeadamente, até 2 dias, de 3 a 6 dias e mais de 6 dias.

O tempo de espera por cirurgia é avaliado através de resposta fechada, cujas opções são: tempo inferior a 1 mês; entre 1 a 3 meses; mais de 3 e menos de 6 meses; e 6 meses ou mais.

A gravidade da doença (autopercecionada) é questionada através de resposta fechada do tipo sim/não.

A existência de consulta de enfermagem pré-operatória é avaliada através de resposta dicotómica sim/não. Caso a resposta seja positiva, seguir-se-á a questão que visa compreender quanto tempo decorre entre a consulta de enfermagem pré-operatória e a data de cirurgia prevista, cujas opções são: tempo inferior a 1 mês; entre 1 a 3 meses; mais de 3 e menos de 6 meses; e 6 meses ou mais.

De seguida é perguntado, através de resposta do tipo dicotómica sim/não, sobre a necessidade de mais informação aquando a consulta de enfermagem, deixando a opção de especificar através de resposta aberta o conteúdo dessa mesma informação.

A questão seguinte é feita com o objetivo de compreender se o doente se sentiu ou não preparado para a cirurgia, após consulta de Enfermagem pré-operatória, através de resposta do tipo dicotómica sim/não.

Em relação a ter tido maior dificuldade para adormecer/dormir que o habitual, é realizado através de resposta fechada cujas opções são: Não; Sim, mas só na última noite; Sim, desde as últimas 2 a 3 noites anteriores; Há mais de 3 noites.

Posteriormente é avaliado através de resposta do tipo dicotómica sim/não, ter ou não tomado medicação para auxiliar ao processo de sono.

A questão seguinte que visa indagar sobre a existência de outras preocupações para além da cirurgia, que possam interferir com o nível de ansiedade vivenciado, seguindo-se uma resposta aberta, opcional, sobre a origem dessas mesmas preocupações.

Por último, é questionado sob forma de resposta aberta, que fatores poderão existir, que possam estar a influenciar de forma positiva, todo o processo e experiência cirúrgica, contribuindo para um menor nível de ansiedade pré-operatória.

#### **2.4.2. Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger**

Da autoria de Charles Spielberger, com a colaboração de R.L. Gorsuch, R. Lushene, P.R. Vagg e G. A. Jacobs, este inventário destina-se a obter medidas precisas de ansiedade-estado e ansiedade-traço, demonstrando possuir maior grau de estabilidade quando comparado a outras escalas. Desta forma, a escala de ansiedade-estado é amplamente utilizada neste âmbito, tendo já sido traduzida e adaptada para inúmeras línguas, e tendo vindo a ser utilizada frequentemente e em vários países no âmbito da clínica e da investigação com o objetivo de avaliar ansiedade em doentes submetidos a intervenção cirúrgica.

O STAI- Forma Y é constituído por duas escalas de vinte itens cada e que avaliam a ansiedade-estado e ansiedade-traço.

O estado de ansiedade-estado é definido como um estado emocional transitório que varia em intensidade consoante o estímulo que o originou. Por outro lado, ansiedade-estado remete-nos para um traço de personalidade, ou seja, refere-se a diferenças individuais, relativamente estáveis e constantes, na tendência para percecionar determinadas situações como ameaçadoras, cuja resposta implica um aumento de intensidade e ansiedade (Santos & Silva, 1997).

Ao responder à escala de ansiedade estado, o doente é instruído a escolher a opção que melhor descreve os seus sentimentos naquele preciso momento, por outro lado, ao responder à escala de ansiedade traço, o doente é instruído a indicar como se sente habitualmente, através da avaliação da frequência de sentimentos de ansiedade.

A cada item da escala é dado uma pontuação de 1 a 4 pontos de acordo com a resposta, ou seja, para a resposta “Não” é dado 1 ponto; “Um pouco” corresponde a 2 pontos; para “Moderadamente” é dado 3 pontos e para “Muito” são dados 4 pontos. A pontuação de 4 pontos indica a presença de um nível de ansiedade para dez dos itens, enquanto essa mesma pontuação indicará a ausência de ansiedade para os restantes dez. Ou seja, o valor das pontuações para os itens que indicam ausência de ansiedade estão invertidos, nomeadamente os itens da escada de ansiedade-estado 1, 2, 5, 7, 9, 11, 12, 15, 19 e 20. Enquanto que a ausência de ansiedade na escala de ansiedade-traço são: 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 e 39.

Desta forma, para obter a pontuação final, somam-se os pontos de todos os itens que, em cada uma das escalas, poderão variar entre 20 e 80 pontos. Consequentemente, será obtido o nível de ansiedade vivenciado pelos doentes cirúrgicos em período de pré-operatório, sendo que, quanto maior a pontuação maior a ansiedade.

Em ANEXO III encontra-se o pedido de cedência do STAI- Forma Y, concedido pela Professora Doutora Fernanda Daniel.

## 2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Ao longo dos tempos, temos assistido uma evolução muito rápida no domínio da investigação, em que é notório o aumento das pesquisas a vários níveis, nomeadamente na disciplina de enfermagem. Cada vez mais os estudos envolvem as pessoas, como sujeitos da investigação, sendo crucial garantir que os seus direitos são respeitados. No domínio da saúde, as considerações éticas dão fundamentais uma vez que envolvem o respeito dos direitos das pessoas (Fortin, 2009).

Por forma a dar cumprimento às normas éticas e deontológicas deste estudo, foi solicitada autorização ao Conselho de Administração do CHL, cuja resposta se encontra em ANEXO IV, para além de que, foi mantida a preocupação de salvaguardar todos os direitos éticos dos intervenientes do estudo, assegurando o prévio consentimento livre e esclarecido, assim como

total anonimato e confidencialidade. Para o efeito, foi elaborado um pedido de autorização formalizado a cada um dos participantes que aceitaram colaborar neste estudo, onde foi explícita a livre tomada de decisão para a participação no estudo, assim como o âmbito do estudo e finalidade, no sentido de garantir uma participação voluntária.

## 2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS

Após a aplicação dos questionários de investigação foi necessário efetuar o tratamento de dados recolhidos, para responder a esse objetivo, foi utilizado o programa informático Statistical Package for the Social Science, versão 25.0 para Windows.

Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva para a análise dos dados, como frequências absolutas e relativas; medidas de localização e tendência central, como moda e médias aritméticas; e medidas de dispersão e variabilidade, nomeadamente, desvio padrão, mínimos e máximos.

Recorremos ao teste não paramétrico Kolmogorov-Smirnov para verificação do pressuposto da normalidade da distribuição da variável em estudo. Considerando que o nível de significância obtido é de 0,000 para todos os itens, a hipótese da distribuição dos itens da escala de STAI Y (Ansiedade-Estado) ser normal, foi rejeitada (Tabela 1). Portanto, com o intuito de responder às questões de investigação através dos testes das hipóteses formuladas, recorremos à análise inferencial dos Coeficientes de Correlação de *Spearman*, assim como aos testes não paramétricos de *U de Mann-Whitney* (U) e de *Kruskalwallis* ( $X^2$ ).

Relativamente à correlação de *Spearman* pode dizer-se que mede o grau de associação ou de relação linear mútua entre duas variáveis ordinais ou sem distribuição normal. De acordo com Pestana e Gageiro (2014), o coeficiente de correlação situa-se no intervalo  $-1 \leq r \leq 1$ . O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variavam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estavam associadas a categorias mais baixas da outra variável. Quando o valor de correlação é menor que 0,2, a associação linear é muito baixa, quando se situa entre 0,2 e 0,39 é considerada baixa, entre 0,4 e 0,69 é moderada, entre 0,7 e 0,89 é alta e entre 0,9 e 1 é muito alta.

No estudo da comparação dos grupos, foram usados testes não paramétricos, nomeadamente testes de Mann-Whitney para duas amostras independentes e testes de Kruskal-Wallis para duas

ou mais amostras independentes. Para todos os testes foi utilizado um nível de significância inferior a 0,05.

**Tabela 1 – Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov**

Ansiedade - Estado	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	df	p
“Sinto-me calmo(a)”	,242	40	,000
“Sinto-me seguro(a)”	,217	40	,000
“Estou tenso(a)”	,231	40	,000
“Sinto-me sob pressão”	,326	40	,000
“Sinto-me à vontade”	,223	40	,000
“Estou preocupado(a) com possíveis contratempos”	,198	40	,000
“Sinto-me satisfeito”	,214	40	,000
“Sinto-me com medo”	,260	40	,000
“Sinto-me confortável”	,186	40	,001
“Sinto-me uma pilha de nervos”	,278	40	,000
“Estou descontraindo(a)”	,226	40	,000
“Sinto-me contente”	,349	40	,000
“Estou preocupado(a)”	,247	40	,000
“Sinto-me confuso(a)”	,415	40	,000
“Sinto-me sereno(a)”	,227	40	,000
“Sinto-me assustado(a)”	,329	40	,000
“Sinto-me inquieto(a)”	,228	40	,000
“Sinto-me perturbado(a)”	,296	40	,000
“Estou relaxado(a)”	,216	40	,000
“Estou tranquilo(a)”	,206	40	,000
ScoreEstado	,096	40	,200*
<b>TotalEstado</b>	,096	40	,200*

df-Graus de Liberdade; p= p-value

### **3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2019), recomenda alguns critérios de exclusão de questionários, por conseguinte, deverão ser excluídos todos os questionários que não tenham sido preenchidos na sua totalidade ou que apresentem menos de metade dos itens preenchidos, aqueles que tenham resposta apenas para itens relativos à caracterização sociodemográfica, e por último, todos aqueles que tenham exatamente a mesma resposta ao longo de todo o questionário, pois revela falta de atenção por parte do inquirido e as respostas deverão ser consideradas inválidas. Desta forma, foram excluídos 2 dos 42 questionários, que correspondiam aos critérios de exclusão acima descritos.

Tendo sido colhidos os dados, surge o tratamento desses mesmos dados com o auxílio de técnicas de análise estatística. Portanto, é de seguida apresentada a análise estatística descritiva, cuja finalidade permite descrever as características da amostra e com o intuito de encontrar respostas para as questões de investigação formuladas. Seguido de uma análise estatística inferencial que permite verificar as hipóteses formuladas. Por forma a garantir uma melhor expressividade dos resultados e facilitar a sua interpretação, os mesmos serão apresentados em tabelas, precedidos por uma breve análise. Posteriormente, será realizada a discussão dos mesmos.

#### **3.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS**

Na análise descritiva dos resultados é realizada a caracterização da amostra, procedendo-se inicialmente à análise quantitativa de índole descritiva com o Máximo, Mínimo, Desvio Padrão, Média e Mediana.

Relativamente ao sexo dos participantes do estudo, é possível verificar a existência de uma amostra homogénea onde 50,0% dos inquiridos são do sexo masculino e 50,0% do sexo feminino. A idade dos participantes do estudo variou entre os 23 e 86 anos de idade, sendo a média de idades de 54,18. A maior percentagem de idades situa-se no grupo de 51 a 65 anos

com 28,21% (N.º=11), seguindo-se o grupo de idades compreendidas entre 36 e 50 anos com 23,08% (N.º=9) e por último o grupo de idade inferior ou igual a 35 anos com uma representatividade de 17,95% (N.º=7), como representado na Tabela 2.

**Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra (n=40)**

Variáveis	N.º	%	Xmin.	Xmáx.	M	Dp	Md
<b>Sexo</b>							
Masculino	20	50,0					
Feminino	20	50,0					
Total	40	100,0					
<b>Idade em anos</b>							
Responderam	39	97,5	23,00	86,00	54,18	17,23	58,00
Não responderam	1	2,5					
≤ 35 anos	7	17,95					
36 - 50 anos	9	23,08					
51 - 65 anos	11	28,21					

Xmin - limite mínimo; Xmáx – limite máximo; M - Média; DP – Desvio Padrão; Md – Mediana;

Quanto ao tempo de internamento, podemos constatar através da análise da Tabela 3, que varia entre 0 e 18 dias, sendo que, 0 dias corresponde a doentes que tinham sido admitidos no próprio dia, onde a média é de 2,28 (N.º=39). Em relação ao tempo de espera por cirurgia, verificamos que 35% por inquiridos esperam menos de um mês pela cirurgia, 25% esperam 1 mês a 3 meses, 25% esperam há mais de 6 meses e 15% entre 3 a 6 meses pela cirurgia.

Ainda observando a Tabela 3, quando questionados acerca de terem tido ou não consulta de Enfermagem Pré-Operatória, apenas 57,5% dos inquiridos respondem afirmativamente (N.º=23), dos quais, ao serem questionados acerca do tempo que decorreu desde que tiveram a consulta de Enfermagem Pré-Operatória, respondem 31,8% que decorreu entre um mês até três meses, 27,3% respondem que decorreu há menos de 1 mês, 22,7% que decorreram 6 meses e 18,2% que decorreu de 3 a 6 meses (N.º=22). Ainda no que concerne á consulta de Enfermagem Pré-Operatória, 40% dos inquiridos que participaram na consulta referem não necessitar que lhes tivesse sido dada mais informação naquele momento (N.º=20). Contudo, quando

questionados sobre se a consulta os tinha preparado para a cirurgia, apenas 50% dos inquiridos referem que sim (N.º=22).

**Tabela 3 – Dados relativos ao processo cirúrgico (N.º=40)**

(continua)

Variáveis	n	%
<b>Tempo de Internamento</b>		
Responderam	39	97,5
Não responderam	1	2,5
≤ 2 dias	28	71,79
3 – 6 dias	7	17,95
> 6 dias	4	10,26
<b>Tempo de espera por cirurgia</b>		
Responderam	40	100,0
Não responderam	0	0,00
< 1 Mês	14	35,0
≥ 1 Mês a 3 Meses	10	25,0
> 3 Meses e < 6 Meses	6	15,0
≥ 6 Meses	10	25,0
<b>Ter tido consulta de Enfermagem Pré-Operatória</b>		
Responderam	39	97,5
Não responderam	1	2,5
Sim	23	57,5
Não	16	40,0
<b>Tempo desde Consulta Enfermagem PO</b>		
Responderam	22	55,0
Não responderam	18	45,0
< 1 Mês	6	27,3
≥ 1 Mês e ≤ 3 Meses	7	31,8
> 3 Meses e < 6 Meses	4	18,2
≥ 6 Meses	5	22,7
<b>Necessidade de mais informação</b>		
Responderam	20	50,0

**(conclusão)**

Não responderam	20	50,0
Sim	4	20,0
Não	16	80,0
<b>Preparação após consulta</b>		
Responderam	22	55,0
Não responderam	18	45,0
Sim	11	50,0
Não	11	50,0

Em relação à percepção que o doente tem acerca da gravidade da doença, 56,4% dos inquiridos consideram que a sua doença não é grave, face aos restantes 43,6% com uma resposta positiva (N.º=40) (Tabela 4).

**Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a percepção da gravidade da doença (N.º=40)**

	N.º	%
<b>Gravidade da Doença</b>		
Responderam	39	97,52
Não responderam	1	2,5
Sim	17	43,6
Não	22	56,4

Quando questionados acerca da maior dificuldade em adormecer/dormir em dias que antecederam a cirurgia, 43,6% referem não ter sentido maior dificuldade, ao passo que, 30,8% referem ter tido maior dificuldade apenas na última noite e 25,6% dos inquiridos referem maior dificuldade em adormecer/dormir há mais de 2 noites.

Em relação á toma de medicação para dormir, 79,5% referem não terem tomado medicação para dormir, face aos 20,5% cuja resposta é positiva (N.º=40), tal como expresso na Tabela 5.

**Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo maior dificuldade em adormecer/dormir e toma de medicação para dormir no dia anterior à cirurgia (N.º=40)**

	N.º	%
<b>Maior dificuldade em adormecer/dormir</b>		
Responderam	39	97,5
Não responderam	1	2,5
Não	17	43,6
Apenas na última noite	12	30,8
Sim, há mais de 2 noites	10	25,6
<b>Toma de medicação</b>		
Responderam	39	97,5
Não responderam	1	2,5
Sim	8	20,5
Não	31	79,5

Quando inquiridos acerca da existência de outras preocupações para além da cirurgia, apenas 33,3% afirmaram existir outras preocupações (N.º=40), como podemos observar na tabela 6.

**Tabela 6 – Distribuição da amostra de acordo com o ter outras preocupações para além da cirurgia (N.º=40)**

Outras preocupações	N.º	%
Responderam	39	97,5
Não responderam	1	2,5
Sim	13	33,3
Não	26	66,7

Relativamente à variável Ansiedade, avaliada através do STAI na forma Y, tendo em conta um score final que poderia ser quantificado numa escala de 20 a 80 pontos, a amostra representada apresentou para a variável Ansiedade Estado, uma média de 47,21 (Tabela 7).

**Tabela 7 – Estatística descritiva da Escala de Ansiedade Estado (STAI-Y)**

Ansiedade - Estado	M	Md	DP	Xmín.	Xmáx.
“Sinto-me calmo(a)”	2,5500	2,0000	,95943	1,00	4,00
“Sinto-me seguro(a)”	2,4000	2,0000	,92819	1,00	4,00
“Estou tenso(a)”	2,0750	2,0000	,97106	1,00	4,00
“Sinto-me sob pressão”	1,6750	1,0000	,88831	1,00	4,00
“Sinto-me à vontade”	2,5897	3,0000	1,07936	1,00	4,00
“Estou preocupado(a) com possíveis contratempos”	2,7436	3,0000	1,10286	1,00	4,00
“Sinto-me satisfeito”	2,8974	3,0000	1,05721	1,00	4,00
“Sinto-me com medo”	1,9750	2,0000	,99968	1,00	4,00
“Sinto-me confortável”	2,5263	2,7632	,98024	1,00	4,00
“Sinto-me uma pilha de nervos”	1,8000	2,0000	,93918	1,00	4,00
“Estou descontraindo(a)”	2,8250	3,0000	1,12973	1,00	4,00
“Sinto-me contente”	3,2308	4,0000	1,02436	1,00	4,00
“Estou preocupado(a)”	2,5500	3,0000	1,01147	1,00	4,00
“Sinto-me confuso(a)”	1,4250	1,0000	,74722	1,00	4,00
“Sinto-me sereno(a)”	2,8500	3,0000	1,09895	1,00	4,00
“Sinto-me assustado(a)”	1,7000	1,0000	,91147	1,00	4,00
“Sinto-me inquieto(a)”	2,0750	2,0000	1,02250	1,00	4,00
“Sinto-me perturbado(a)”	1,7250	1,5000	,87669	1,00	4,00
“Estou relaxado(a)”	2,8250	3,0000	1,05945	1,00	4,00
“Estou tranquilo(a)”	2,7750	3,0000	1,09749	1,00	4,00
ScoreEstado	2,3606	2,4500	,74370	1,00	3,95
<b>TotalEstado</b>	<b>47,2129</b>	<b>49,0000</b>	<b>14,87404</b>	<b>20,00</b>	<b>80,00</b>

M - Média; Md – Mediana; DP – Desvio Padrão; Xmin – Limite mínimo; Xmax – Limite máximo.

Por outro lado, em relação à variável Ansiedade Traço, verificamos uma média de 36,35 (Tabela 8), com uma diferença entre Ansiedade Estado e Ansiedade Traço de 10,86.

**Tabela 8 - Estatística descritiva da Escala de Ansiedade Traço (STAI-Y)**

(continua)

Ansiedade-Traço	M	Md	DP	Xmín.	Xmáx.
“Sinto-me bem disposto(a)”	1,6923	2,0000	,56177	1,00	3,00
“Sinto-me nervoso(a) e agitado(a)”	1,7250	1,0000	,98677	1,00	4,00
“Sinto-me satisfeito(a) comigo mesmo”	1,8500	2,0000	,73554	1,00	4,00
“Gostava de poder ser tão feliz como outros parecem ser”	1,9750	2,0000	1,09749	1,00	4,00

(conclusão)

“Sinto-me um(a) falhado(a)”	1,1750	1,0000	,50064	1,00	3,00
“Sinto-me descansado(a)”	2,0769	2,0000	,79694	1,00	4,00
“Sou calmo(a), indiferente e sereno(a)”	2,1282	2,0000	,82211	1,00	4,00
“Sinto que as dificuldades se amontoam de maneira que não consigo ultrapassá-las”	1,5500	1,0000	,93233	1,00	4,00
“Preocupo-me com coisas que na realidade não têm importância”	1,5250	1,0000	,78406	1,00	4,00
“Sou feliz”	1,8500	2,0000	,69982	1,00	4,00
“Tenho pensamentos que me perturbam”	1,6000	1,0000	,84124	1,00	4,00
“Tenho falta de confiança em mim próprio(a)”	1,5500	1,0000	,74936	1,00	3,00
“Sinto-me seguro(a)”	2,0000	2,0000	,81650	1,00	4,00
“Tomo facilmente decisões”	2,0750	2,0000	,85896	1,00	4,00
“Sinto-me incapaz”	1,2308	1,0000	,52922	1,00	3,00
“Estou satisfeito”	2,0256	2,0000	,76752	1,00	4,00
“Alguns pensamentos sem importância passam pela minha cabeça e aborrecem-me”	1,9500	2,0000	,90441	1,00	4,00
“Tomo as contrariedades tão a sério que não consigo deixar de pensar nelas”	1,5500	1,0000	,81492	1,00	4,00
“Sou uma pessoa imperturbável”	3,1500	3,0000	,92126	1,00	4,00
“Quando penso nos assuntos que tenho entre mãos fico tenso e a “ferver por dentro”	1,6750	1,0000	,85896	1,00	4,00
ScoreTraco	1,8177	1,7500	,47646	1,15	3,05
<b>TotalTraco</b>	<b>36,3538</b>	<b>35,0000</b>	<b>9,52920</b>	<b>23,00</b>	<b>61,00</b>

M - Média; Md - Mediana; DP - Desvio Padrão; Xmin - Limite mínimo; Xmax - Limite máximo.

### 3.1.1 Análise de conteúdo relativa às perguntas de resposta aberta

Relativamente à questão: “Especifique que outro tipo de informação gostaria de ter obtido”, obtivemos resposta por parte de três dos 40 inquiridos, cujas respostas foram: “Mais informação sobre o pós-operatório”; “sobre o pós-operatório e o que vou encontrar dentro da sala de operações” e por último, “mais informação sobre a preparação e o dia da operação”.

Em relação à questão: “Tem neste momento outras preocupações para além da cirurgia”, 11 doentes enumeraram vários fatores, como apresentado no Quadro 1, sendo as preocupações mais comuns preocupações com a casa”; “responsabilidades profissionais” e “pessoas dependentes”.

**Quadro 1 – Respostas sobre a presença de outras preocupações para além da cirurgia**

Categoria	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Familiares doentes/Pessoas dependentes	“Esposa em casa doente” – Q4 “Familiar doente” – Q15 “Família, marido e filhos” – Q20; Q27 “Pessoas que dependem de mim” – Q28	5
Preocupações com a casa	“Responsabilidades domésticas” – Q8 “Preocupações relacionadas com a casa” – Q13 “casa/filhos” – Q27 “Deixei a casa ao cuidado de 3ª pessoa” – Q28	4
Responsabilidades profissionais	“Preocupações relacionadas com o trabalho” – Q13 “Trabalho/compromissos” – Q27 “Preocupações relacionadas com questões profissionais” – Q37	3
Outras	“Preocupações monetárias” – Q17 “Medo de não acordar” – Q22 “Sobre o pós-operatório” – Q17 “Problema judicial” – Q23	4
Não respondeu		31

Quando questionados sobre que outros fatores poderiam contribuir para um sentimento de menor ansiedade, 11 dos 40 inquiridos responderam com as seguintes sugestões abaixo indicadas no Quadro 2, onde um “Maior suporte/atenção pelos profissionais de saúde” se constituiu um critério de maior peso, seguido de “Maior suporte/presença de familiares” e “maior organização/rapidez”.

**Quadro 2 – Fatores contributivos para diminuição da ansiedade**

Categoria	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Maior suporte/presença de familiares	“Maior suporte familiar” – Q4 “Presença de família” – Q7 “Maior acompanhamento por família” – Q28	3
Maior suporte/atenção pelos profissionais de saúde	“Mais atenção por parte dos profissionais de saúde” – Q4 “Maior atenção dos profissionais de saúde” – Q14 “Acompanhamento mais próximo dos profissionais de saúde” – Q20 “Ter maior apoio da equipa de saúde” – Q35	4
Maior organização/rapidez	“Maior organização no agendamento da cirurgia/internamento” – Q8 “Maior celeridade” – Q20 “Que o SNS funcionasse sem turbulência, melhor organização pois marcaram consulta de anestesia para data posterior à da cirurgia” – Q23	3
Mais informação	“Saber mais pormenores (específicos) sobre a cirurgia” – Q27	1
Conforto do espaço físico	“Maior conforto, como noites mais sossegadas ou oferecerem tampões para ouvidos” – Q28 “Sentir maior conforto por causa do frio à noite e barulho no quarto” – Q33	2
Outras	“Tomar um medicamento que me deixasse mais calma” – Q29 “Ter ido a casa, pois acho que me iria acalmar estar no meu espaço umas horas” – Q13 “Ser a primeira a ser operada” – Q29	3
Não respondeu		30

### 3.2. ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS

Para estar as hipóteses, foram utilizados testes não paramétricos, tal como anteriormente referido.

#### **Hipótese 1: Existe relação entre níveis de ansiedade vivenciados pelos doentes cirúrgicos;**

Com o objetivo de verificar se existe relação entre níveis de ansiedade vivenciados pelos doentes cirúrgicos, aplicou-se o teste de correlação de Spearman (teste não paramétrico) medindo o grau de associação e relação entre as duas variáveis (Tabela 9).

Observa-se que existe uma relação positiva, estatisticamente significativa, entre a escala de ansiedade- Estado e Escala de ansiedade-Traço (coeficiente de correlação ( $r$ ) = 0,481), significa que quando aumenta a escala de ansiedade- Estado aumenta a escala de ansiedade – Traço.

**Tabela 9 – Correlação de Spearman entre a Escala de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço**

	Escala de Ansiedade Traço
Escala de Ansiedade – Estado	<b>,481**</b>

\*\* -  $p \leq 0,01$

#### **Hipótese 2: Existe relação entre o tempo de internamento e o tempo de espera pela cirurgia, com o nível de ansiedade;**

Com o objetivo de verificar se existe relação entre o tempo de internamento e o tempo de espera pela cirurgia, com o nível de ansiedade, aplicou-se o teste de correlação de Spearman (teste não paramétricos) medindo o grau de associação e relação entre as duas variáveis.

Analisando a tabela 10, observa-se que existe uma relação positiva, estatisticamente significativa, entre o tempo de internamento com o nível de ansiedade pré-operatória, uma vez que Total de Ansiedade – Estado ( $r=0,396$ ), o que significa que, quando aumenta o tempo de internamento aumenta também o nível de ansiedade. Verifica-se também que a correlação é mais alta no item “Sinto-me calmo(a)” com  $r=0,500$ , que apresenta uma associação linear moderada, e é mais baixa no item “Sinto-me à vontade” com  $r=0,317$ , apresentando, por sua vez uma associação linear baixa.

Tanto na tabela abaixo apresentada, como em outras posteriores, é possível constatar também que existem itens que expressam ansiedade, tal como itens que expressam a sua ausência. Contudo, para compreender esta ambivalência seria necessário um estudo mais abrangente com uma amostra de maiores dimensões.

Por outro lado, verificou-se também que não existe uma relação, estatisticamente significativa, entre tempo de espera pela cirurgia e qualquer um dos itens da escala de Ansiedade – Estado ou o seu valor total.

**Tabela 10 – Correlação de Spearman entre o tempo de internamento e o tempo de espera pela cirurgia, com o nível de ansiedade**

	<b>Tempo de internamento</b>	<b>Tempo de espera por cirurgia após diagnóstico</b>
“Sinto-me calmo(a)”	<b>,500**</b>	-0,249
“Sinto-me seguro(a)”	<b>,351*</b>	-0,117
“Sinto-me à vontade”	<b>,317*</b>	-0,253
“Sinto-me satisfeito”	<b>,403*</b>	0,029
“Sinto-me confortável”	<b>,474**</b>	-0,029
“Estou preocupado(a)”	<b>,359*</b>	-0,167
“Sinto-me confuso(a)”	<b>,414**</b>	-0,053
“Sinto-me assustado(a)”	<b>,401*</b>	-0,133
“Sinto-me inquieto(a)”	<b>,354*</b>	0,037
“Sinto-me perturbado(a)”	<b>,320*</b>	-0,038
“Estou relaxado(a)”	<b>,406*</b>	0,069
“Estou tranquilo(a)”	<b>,415**</b>	0,079
<b>Total Ansiedade – Estado</b>	<b>,396*</b>	-0,065

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

**Hipótese 3: Existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função da gravidade da doença (auto percecionada);**

De forma a perceber se existe diferenças nos níveis de ansiedade pré-operatória em função na gravidade da doença (auto percecionada), aplicou-se o teste não paramétrico Mann-Whitney. Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade em função da gravidade da doença Total Ansiedade-Estado ( $U=114,5$ ;  $p=0,039$ ). De igual forma, observa-se pela média que os que responderam “Sim” tem um valor médio superior aos que responderam. “Não” à gravidade da doença, como se pode observar na tabela 11.

**Tabela 11 – Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney entre os níveis de ansiedade pré-operatória em função na gravidade da doença (auto percecionada)**

	Gravidade da Doença		U	p
	Média±DP			
	Sim (n=17)	Não (n=22)		
“Sinto-me calmo(a)”	2,88±0,85	2,23±0,72	114,500	<b>0,039</b>
“Estou preocupado(a) com possíveis contratempos”	3,24±0,75	2,31±0,54	95,500	<b>0,008</b>
“Sinto-me uma pilha de nervos”	2,12±0,96	1,50±0,85	108,000	<b>0,025</b>
“Estou descontraido(a)”	3,24±0,87	2,50±0,98	117,000	<b>0,048</b>
“Estou relaxado(a)”	3,29±0,67	2,45±0,78	103,000	<b>0,017</b>
“Estou tranquilo(a)”	3,24±0,75	2,41±0,87	103,000	<b>0,017</b>
<b>Total Ansiedade – Estado</b>	<b>52,40±15,22</b>	<b>42,71±14,23</b>	<b>114,500</b>	<b>0,039</b>

U = Teste de Mann-Whitney; p = p-value; DP- Desvio Padrão

**Hipótese 4: Existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função da participação em consulta pré-operatória de enfermagem;**

De forma a perceber se existe diferenças nos níveis de ansiedade pré-operatória em função entre a participação em consulta pré-operatória de enfermagem, aplicou-se o teste não paramétrico Mann-Whitney

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade em função da participação em consulta pré-operatória de enfermagem (Tabela 12).

Em relação à média dos que responderam “Sim” tem um valor médio superior aos que responderam “Não” a ter tido consulta de enfermagem pré-operatória, como se pode observar na tabela 12.

**Tabela 12 – Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney entre os níveis de ansiedade pré-operatória em função entre a participação em consulta pré-operatória de enfermagem**

	Participação em consulta enfermagem PO		U	p
	Média±DP			
	Sim (n=23)	Não (n=16)		
<b>Total Ansiedade – Estado</b>	<b>47,50±24,55</b>	<b>47,31±23,56</b>	<b>165,000</b>	<b>0,601</b>

U = Teste de Mann-Whitney; p = p-value; DP- Desvio Padrão

**Hipótese 5: Existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função do tempo que medeia a consulta pré-operatória até à cirurgia;**

De forma a perceber se existe diferenças nos níveis de ansiedade pré-operatória em função do tempo que medeia a consulta pré-operatória até à cirurgia, aplicou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis. Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade pré-operatória em função entre o tempo que medeia a consulta pré-operatória até à cirurgia (Tabela 13).

**Tabela 13 – Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis nos níveis de ansiedade pré-operatória em função entre o tempo que medeia a consulta pré-operatória até à cirurgia**

	Tempo desde consulta enfermagem PO	
	$\chi^2$	P
<b>Total Ansiedade – Estado</b>	0,227	0,973

$\chi^2$  = Teste de Kruskal-Wallis; p = p-value

**Hipótese 6: Existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função de uma maior dificuldade em adormecer ou dormir, nos dias que antecedem a cirurgia;**

De forma a perceber se existe diferenças nos níveis de ansiedade pré-operatória em função de uma maior dificuldade em adormecer ou dormir, nos dias que antecedem a cirurgia, aplicou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

Na tabela 14 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade pré-operatória em função de uma maior dificuldade em adormecer ou dormir, nos dias que antecedem a cirurgia nos itens (“Estou descontraído(a)”,  $\chi^2 = 6,549$ ; p=0,038), (“Estou relaxado(a)”,  $\chi^2 = 6,522$ ; p=0,038).

De igual modo, também se pode observar pela média que os que responderam “Sim, desde as últimas duas a três noites anteriores” tem um valor médio superior, seguido de “Sim, mas só na última noite” e por fim os que responderam “Não”.

**Tabela 14 – Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis nos níveis de ansiedade pré-operatória em função de uma maior dificuldade em adormecer ou dormir, nos dias que antecedem a cirurgia**

	Maior dificuldade adormecer/dormir			$\chi^2$	p
	Média±DP				
	Não (n=17)	Sim, mas só na última noite (n=12)	Sim, há mais de duas noites (n=10)		
“Estou descontraído(a)”	2,41±0,67	3,00±0,78	3,50±0,89	6,549	<b>0,038</b>
“Estou relaxado(a)”	2,47±0,54	2,92±0,72	3,50±0,87	6,522	<b>0,038</b>
<b>Total Ansiedade – Estado</b>	45,52±14,77	48,88±16,62	54,96±9,30	5,387	0,068

$\chi^2$  = Teste de Kruskal-Wallis; p = p-value; DP- Desvio Padrão

**Hipótese 7: Existe diferença nos níveis de ansiedade em função de ter ou não tomado sedativos/tranquilizantes no dia anterior à cirurgia;**

De forma a perceber se existe diferenças nos níveis de ansiedade em função de ter ou não tomado sedativos/tranquilizantes no dia anterior à cirurgia, aplicou-se o teste não paramétrico Mann-Whitney.

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade em função de ter ou não tomado medicação para dormir no dia anterior à cirurgia.

**Tabela 15 – Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney entre nos níveis de ansiedade em função de ter ou não tomado medicação para dormir no dia anterior à cirurgia.**

	Toma de medicação		U	p
	Média±DP			
	Sim (n=8)	Não (n=31)		
<b>Total Ansiedade – Estado</b>	53,00±23,44	46,29±21,56	87,500	0,209

U = Teste de Mann-Whitney; p = p-value

**Hipótese 8: Existe relação entre a Idade e Género com o nível de ansiedade pré-operatória.**

Com o objetivo de verificar se existe relação entre o nível de ansiedade pré-operatória e a idade, aplicou-se o teste de correlação de Spearman medindo o grau de associação e relação entre as duas variáveis.

Observa-se que existe uma relação negativa, estatisticamente significativa, entre a idade com os Itens (“Sinto-me seguro(a)”,  $r=-0,361$ ), (“Estou tenso(a)”,  $r=-0,341$ ), (“Sinto-me com medo”,  $r=-0,352$ ), (“Sinto-me assustado(a)”,  $r=-0,572$ ), significa que quando aumenta a idade, diminui esses mesmos itens (Tabela 16).

Verifica-se também que a correlação negativa é mais alta no item “Sinto-me assustado(a)” com  $r=-0,572$ , que apresenta uma associação negativa linear moderada, e é mais baixa no item “Estou tenso(a)” com  $r=-0,342$ , apresentando, por sua vez uma associação negativa linear baixa.

**Tabela 16 – Correlação de Spearman entre o nível de ansiedade pré-operatória e a idade**

	<b>Idade</b>
“Sinto-me seguro(a)”	<b>-,361*</b>
“Estou tenso(a)”	<b>-,342*</b>
“Sinto-me com medo”	<b>-,352*</b>
“Sinto-me assustado(a)”	<b>-,572**</b>
<b>Total Ansiedade - Estado</b>	<b>-0,264</b>

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

De forma a perceber se existe diferenças nos níveis de ansiedade em função do género, aplicou-se o teste não paramétrico Mann-Whitney.

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade em função do género nos itens abaixo apresentados e Total de Ansiedade - Estado. Observa-se pela média que as Mulheres apresentam um valor médio superior ao dos Homens (Tabela 17).

**Tabela 17 – Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney entre nos níveis de ansiedade em função do género**

(continua)

	<b>Média±DP</b>		<b>U</b>	<b>p</b>
	<b>Masculino (n=20)</b>	<b>Feminino (n=20)</b>		
“Sinto-me calmo(a)”	2,25±0,43	2,85±0,34	127,500	<b>0,049</b>
“Estou tenso(a)”	1,75±0,34	2,40±0,56	116,500	<b>0,023</b>
“Estou preocupado(a) com possíveis contratemplos”	2,15±0,67	3,34±0,98	78,500	<b>0,001</b>
“Sinto-me com medo”	1,65±0,45	2,30±0,67	121,000	<b>0,033</b>
“Sinto-me contente”	2,90±0,34	3,56±0,56	127,000	<b>0,049</b>
“Estou preocupado(a)”	2,10±0,23	3,00±0,78	101,000	<b>0,007</b>
“Sinto-me assustado(a)”	1,30±0,34	2,10±0,89	88,000	<b>0,002</b>

(conclusão)

“Sinto-me inquieto(a)”	1,70±0,45	2,45±0,67	110,000	<b>0,014</b>
“Sinto-me perturbado(a)”	1,40±0,37	2,05±0,46	111,500	<b>0,015</b>
“Estou relaxado(a)”	2,45±0,45	3,20±0,56	124,500	<b>0,040</b>
<b>Total Ansiedade – Estado</b>	2,07 (41,33) ±0,43	2,65 (53,10) ±0,24	99,000	<b>0,006</b>

U = Teste de Mann-Whitney; p = p-value; DP- Desvio Padrão

Concluída a análise descritiva e inferencial dos resultados, esta será interpretada através da discussão, realizada através da revisão da literatura.

#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados pretende realizar uma apreciação e interpretação dos mesmos, comparando-os com resultados de outros trabalhos publicados.

Os objetivos deste estudo consistiram em avaliar o nível de ansiedade de doentes submetidos a cirurgia eletiva no HSA, relacionando com variáveis que poderiam desempenhar um papel potencial associado às alterações de ansiedade neste contexto.

Seguidamente será abordada uma discussão dos resultados, tendo em conta os objetivos delineados.

*Identificar os níveis de ansiedade vivenciados no pré-operatório pelo doente cirúrgico:*

Através do STAI forma Y foram avaliados dois tipos de ansiedade, a ansiedade-traço e a ansiedade-estado. A primeira relacionada com características inerentes ao doente, prévias à experiência cirúrgica, enquanto que a ansiedade-estado se relaciona intimamente com a situação vivenciada no momento, neste caso, com o processo cirúrgico.

Analisando o nível de ansiedade dos doentes, verificamos que existe uma correlação significativa e positiva entre a ansiedade-estado e a ansiedade-traço no período do pré-operatório. Verificou-se também que o valor médio da escala de ansiedade-estado é de  $M=47,21$ , sendo superior ao valor da média da escala de ansiedade -traço com  $M=36,35$ .

Desta forma, podemos constatar um incremento de 10,86 pontos no nível de ansiedade-estado, comparativamente à ansiedade-traço, e é possível visualizar que os doentes que apresentam uma ansiedade-traço elevada (doentes habitualmente mais ansiosos), apresentam também níveis de ansiedade-estado elevados. Desta forma, podemos concluir que existe uma variação no nível de ansiedade vivenciado, como resposta à experiência cirúrgica. O resultado evidencia um nível de ansiedade-estado significativo, com uma média de 47,21 pontos (numa escala de 20 a 80 pontos), o que vai de encontro a outros resultados obtidos por Gonçalves (2016), que

identifica um nível de ansiedade-estado de 46,33 pontos, Akinsulore, Owojuyigbe, Faponle e Fatoye (2015), que apontam para níveis de ansiedade de 42,72 pontos.

*Verificar se existe relação entre tempo de internamento, tempo de espera por cirurgia e a ansiedade pré-operatória:*

Pelos resultados obtidos, verificamos quanto ao tempo de internamento, que a maioria dos doentes 71,8% (n=28) encontra-se internada há cerca de 2 dias ou menos, com um tempo de espera por cirurgia inferior a um mês em 35% (n=14) dos doentes; de um mês a três meses em 25% (n=10) e 25% (n=10) dos doentes aguardou mais de seis meses pela cirurgia. Verificando se existe relação entre a variável “tempo de internamento” e “ansiedade-estado”, concluímos que existe uma relação positiva entre os itens, onde a um tempo de internamento mais prolongado se associam níveis de ansiedade-estado mais elevados, tal como corroborado por Santos, Martins e Oliveira (2014). Por outro lado, em relação ao cruzamento das variáveis “tempo de espera por cirurgia” e “ansiedade-estado”, não nos é possível acrescentar conclusões significativas.

*Verificar se existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função da gravidade da doença (auto percebida):*

Através dos resultados obtidos podemos também constatar que 43,6% (n=17) dos doentes consideram a sua doença grave e que existem diferenças nos níveis de ansiedade vivenciados, uma vez que, quando existe gravidade da doença auto percebida, verificam-se níveis de ansiedade mais elevados. Consistente com os resultados de Santos, Martins e Oliveira (2014), que verificaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade, em função do diagnóstico clínico, apesar de que, e citando Santos *et al.*, (2009), mesmo que portadores de patologia benigna e a aguardar uma cirurgia menos invasiva, a maioria dos doentes no pré-operatório manifestam repercussões emocionais e níveis de ansiedade significativos.

*Verificar se existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função da participação em consulta pré-operatória de enfermagem e em função do tempo que medeia a consulta de Enfermagem pré-operatória até à cirurgia:*

Em relação à consulta de Enfermagem Pré-Operatória, cerca de 57,5% (n=23) revela ter tido consulta, onde 80% (n=16) refere não ter sentido necessidade que lhe fosse dada mais informação durante a consulta, contudo, apenas 50% dos doentes que responderam à questão referem terem-se sentido preparados para a cirurgia após a consulta de Enfermagem pré-

operatória. De salientar que as informações referentes à participação em consulta de enfermagem pré-operatória se baseiam apenas no que é referido pelo doente, portanto, seria necessário aceder ao processo clínico do doente para confirmar a informação com exatidão.

Aquando a análise estatística, não se verificaram relações significativas entre as variáveis “ter tido consulta de enfermagem pré-operatória”, “tempo desde consulta de enfermagem pré-operatória” e “ansiedade-estado”. No seu estudo, Machado (2013) expõe resultados semelhantes, com 86,7% dos inquiridos a referirem ter um nível de conhecimento suficiente em relação ao conhecimento acerca do processo cirúrgico. Contudo, tal autoperceção sobre ter a informação suficiente, não se traduz necessariamente por estados de ausência de ansiedade, uma vez que para além, de haver outros fatores que condicionam estados de ansiedade elevados, as estratégias que têm como objetivo aumentar o conhecimento dos doentes, nem sempre são eficazes na diminuição dos estados de ansiedade, pois em muitas situações não se baseiam na individualidade da pessoa mas em técnicas padronizadas, como a entrega de folhetos informativos.

*Verificar se existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função do aumento da dificuldade em adormecer ou dormir, nos dias que antecedem a cirurgia:*

Quando questionados sobre a dificuldade em adormecer/dormir nos dias que antecederam a cirurgia, 43,6% (n=17) refere não ter sentido essa dificuldade, ao passo que, 30,8% (n=12) referiram ter tido dificuldade em adormecer/dormir na última noite e 25,6% (n=10) referem ter sentido essa dificuldade há mais de duas noites.

Através dos testes estatísticos foi-nos possível determinar um incremento na “ansiedade-estado” nos doentes que sentem maior dificuldade em adormecer/dormir. Resultados corroborados por Machado *et al.*, (2015), onde em 50 doentes no pré-operatório de cirurgia cardíaca, 42,1% foram identificados como apresentando estados de ansiedade elevados e 84,2% apresentaram um padrão de sono prejudicado.

*Verificar se existe diferença nos níveis de ansiedade pré-operatória em função da toma de sedativos/tranquilizantes no dia anterior ao dia da cirurgia:*

A maioria dos doentes inquiridos revela não ter tomado medicação para dormir (79,5%; n=31), e não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes nos níveis de ansiedade em função da toma ou não de medicação no dia anterior á cirurgia.

*Verificar se existe relação entre idade e género com os níveis de ansiedade pré-operatória:*

A nossa amostra da população inquirida (n=40), é relativamente homogénea, sendo constituída 50% por homens e 50% por mulheres, com uma idade média de 54 anos, sendo que o grupo etário de idade superior a 65 anos é o mais representativo com 30,77% (n=12).

Em relação ao género, verificamos, através de testes estatísticos, que os níveis de Ansiedade-Estado no sexo feminino (M=2,07; 41,33 pontos) apresentam um valor médio superior ao dos homens (M=2,65; 53,10 pontos), o que vai de encontro a outros autores como Gonçalves (2016); Machado *et al.*, (2015); Cunha (2011), que explicam esta diferença devido a características biológicas e fatores hormonais femininos (através de flutuações nos níveis de estrogénio e progesterona).

Em relação à idade, podemos afirmar que, os níveis de ansiedade-estado são mais elevados em doentes mais jovens corroborando os resultados de Santos *et al.*, (2012) que identificam os doentes mais jovens como sofrendo maiores níveis de ansiedade, tanto quanto mais intensas forem as responsabilidades e atividades no dia-a-dia. Por outro lado, e contrariando estes resultados, Cunha, (2011); Machado (2015) e Gonçalves, (2016), não encontram diferenças significativas.

*Identificar outras variáveis que possam influenciar de forma positiva e/ou negativa na ansiedade pré-operatória:*

Quando questionados sobre se teriam outras preocupações para além da cirurgia, 66,7% (n=26) negam esta hipótese. Contudo, os que respondem afirmativamente e se dispõem a explicar os motivos de preocupações externas ao processo cirúrgico, a maioria dos inquiridos refere as preocupações com a casa/domésticas, preocupações com familiares doentes ou pessoas dependentes e responsabilidades profissionais.

Através das respostas dos doentes a questões abertas, foi também possível verificar que existem fatores que dificultam a experiência cirúrgica vivenciada pelos doentes, maioritariamente quando referem, por exemplo, a falta de atenção por parte dos profissionais de saúde, a falta de organização e rapidez no processo cirúrgico, a necessidade de maior suporte por parte da família, etc.

## 5. CONCLUSÃO

A ansiedade é um fator fundamental a ter em conta no bem-estar do doente cirúrgico, que pela complexidade do processo cirúrgico, potencia estados de desequilíbrio psicológico e físico, podendo interferir com a qualidade de vida, capacidade de tomada de decisões adequadas e adesão ao tratamento.

O conhecimento sobre os fatores de risco estudados, poderá capacitar o enfermeiro a identificar os doentes cirúrgicos que beneficiariam de uma maior atenção, e intervir neste âmbito, com o intuito de tornar a experiência cirúrgica mais segura e tranquila.

Este é um estudo observacional, aliado a uma componente descritivo-correlacional, que através de um questionário proposto a doentes do CHL dos serviços de Cirurgia, Ortopedia e Urologia, teve o intuito de analisar os níveis de ansiedade pré-operatória vivenciados. Constatámos que os doentes apresentam um nível de ansiedade significativo e verificámos a existência de relação entre a ansiedade-estado algumas variáveis como o tempo de internamento; a gravidade da doença auto percecionada; uma maior dificuldade em adormecer/dormir, e em relação ao género e idade.

Por outro lado, verificou-se não existir relação estatisticamente significativa com o tempo de espera por cirurgia após diagnóstico; ter tido consulta de enfermagem pré-operatória; o tempo que medeia a consulta de enfermagem e a cirurgia e por último, com a toma de sedativos/tranquilizantes. Não foram tiradas conclusões sobre a preparação da consulta de enfermagem PO, a maioria dos inquiridos referiu não necessitar de mais informação que a disponibilizada nessa consulta e a maior parte da amostra refere não ter outras preocupações para além da cirurgia.

Ao longo do trabalho deparámo-nos com algumas limitações e dificuldades. Inicialmente, senti alguma dificuldade na pesquisa de trabalhos, artigos científicos relacionados com o tema da Ansiedade Pré-Operatória em Portugal, o que foi colmatado com trabalhos

realizados noutros países. Também o tamanho da amostra e o facto de a amostragem ser não probabilística acidental, constitui uma limitação ao nosso trabalho de investigação, uma vez que esta técnica não garante a representatividade da população alvo, nem a generalização dos resultados do nosso estudo. Em relação ao preenchimento do questionário (STAI forma Y), verificamos que existia alguma dificuldade na compreensão do questionário e que esta era mais evidente em doentes com baixa literacia. Também houve por parte de alguns doentes, sobretudo no sexo masculino, a indisponibilidade para participar no estudo, que foi obviamente respeitada.

Não posso terminar este trabalho, sem compartilhar que existiram momentos menos positivos, e que me provocaram alguma angústia. A dificuldade em conciliar este trabalho de investigação, ao qual foi necessário dedicar inúmeras horas de trabalho, juntamente com diversas atividades profissionais em simultâneo, assim como a vida social e familiar, exigiu um enorme esforço, sacrifício pessoal e dedicação. Contudo, com esta experiência fui desenvolvendo de igual forma a capacidade de gestão do tempo, de equilíbrio e sobretudo, uma aprendizagem sobre o valor do tempo.

Em conclusão, considerando que todos os estudos apontam para a ansiedade pré-operatória como presente na maioria dos doentes que vão ser submetidos a cirurgia, e considerando as repercussões que esse estado emocional e físico poderá ter nos outcomes cirúrgicos, fazendo face a uma redução cada vez maior nos tempos de internamento, torna-se importante implementar estratégias dirigidas aos doentes mais vulneráveis, de fácil e célere utilização.

Para garantir a resposta às necessidades individuais do doente, e permitir um acolhimento personalizado ao doente no serviço de internamento, consideramos fundamental, em primeira instância, munir a equipa de enfermagem com os recursos materiais e sobretudo humanos necessários. Em segundo lugar, seria importante fomentar momentos de formação em serviço sobre a ansiedade pré-operatória, onde por exemplo, tivesse lugar a aquisição de conhecimentos dos princípios subjacentes às técnicas utilizadas em terapias cognitivo-comportamentais.

Propomos ainda a implementação de escalas de avaliação de ansiedade no momento de admissão no serviço de internamento. Estas iriam permitir detetar doentes com níveis

elevados de ansiedade e desenvolver medidas que poderão ser incorporadas no seu plano de cuidados, extensíveis inclusive, à equipa multidisciplinar.

Também em relação ao sono verificamos que esta é uma área que carece de mais atenção por parte dos profissionais de saúde, e que poderá causar implicações no bem-estar do doente, pelo que, seria importante ponderar sobre esta área como potencial para o desenvolvimento de novos estudos.

Considerando uma perspetiva futura, verificamos que seria igualmente importante desenvolver mais estudos, aprofundando este tema, com a replicação do estudo noutros contextos, com a introdução de novas variáveis, em amostras de maiores dimensões, com o intuito de compreender de que outra forma poderá haver uma influência no nível de ansiedade e nos outcomes cirúrgicos.

Por último, considerando a investigação na prática como fundamental para a evolução da enfermagem e a sua afirmação como ciência e profissão, esta é uma via para munir os enfermeiros do conhecimento necessário para a prestação de cuidados de saúde com qualidade e rigor técnico e científico. Pelo que, esperamos que os resultados obtidos neste estudo, permitam melhorar a qualidade e humanização dos cuidados prestados ao doente cirúrgico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Oerações (AESOP) (2012). *Enfermagem Perioperatória – da filosofia à prática dos cuidados*. Loures, Portugal. ISBN:978-972-8930-16-5
- Agency for Healthcare Research and Quality (2019) *Medical Office Survey on Patient Safety Culture: Agency for Healthcare Research and Quality*; University of California, San Francisco. Acedido em 28 agosto de 2019 em <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/medicaloffice/userguide/medicalofficeusersguide.pdf>
- Alves, B. (2018). *O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde*. Revista Saúde em Foco. Acedido em 11 de março de 2019 em [revistaonline@unifia.edu.br](mailto:revistaonline@unifia.edu.br)
- American Psychiatric Association. (2017). Acedido em 09 de março de 2019 em <https://www.psychiatry.org/>
- Ascari, R. (2014). *Reflection on the surgical patient care given in the perioperative*. Revista Uningá Review. Vol.19, n.2, pág.33-36 (julho – setembro 2014). Acedido em 08 de março de 2019 em <http://www.mastereditora.com.br/review>
- Assis, C., Lopes, J., Nogueira-Martins, L., & Barros, A. (2014). *Acolhimento e sintomas de ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca*. Revista Brasileira de Enfermagem. 67(3):401-7 Acedido em 19 de janeiro de 2019 em DOI 10.5935/0034-7167.20140053
- Bedin, E., Ribeiro, L., & Barreto, R. (2005). *Humanização da Assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico* Revista Eletrônica de Enfermagem v.07, n.01, pág.118-127 Acedido em 11 de março de 2019 em <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/829/970>
- Blomberg, A., Bisholt, B., NilssonJ., & Lindwall, L. (2014). *Making the invisible visible – operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice*. Nordic College os Caring Science. Acedido em 19 de janeiro de 2019 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25250842>
- Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem - CIPE®: Versão 2 – 2011. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Costa, V., Silva, S., & Lima, V. (2010). O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 13(2), 282-298. Acedido em 19 de janeiro de 2019 em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=08582010000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=08582010000200010)
- Coutinho, C. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas – Teoria e Prática*. (2ª Edição) Coimbra: Almedina. ISBN: 978-972-40-5137-6

- Cuadrado, M., Alonso, S., Cepeda, E., Gomez, C., & Alonso, M. (2017). *Intervención enfermeira prequirúrgica para el manejo de la ansiedad* Metas Enferm dlc 2016/ene 2017; 19(10): 50-53. Acedido em 19 de janeiro de 2019 em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5737248>
- Davis-Evans, C. (2013). *Alleviating Anxiety and Preventing Panic Attacks in the Surgical Patient* AORN Journal vol97, n.3 Acedido em 19 de janeiro de 2019 em <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.aorn.2012.12.012>
- Cunha, A. (2011). *Avaliação de Expectativas e Grau de Ansiedade Pré e Pós-Operatória em Cirurgia de Ambulatório: Estudo de Doentes de Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular*. Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto
- Fonseca, M. (2014). *A Influência do Ensino Pré-Operatório de Enfermagem na Redução da Ansiedade Intra-Operatória em Cirurgia Ambulatória de Extração de Catarata*. Acedido em 10 de março de 2019 em <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/1954>
- Fortin, M.F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5
- Gomes, E., Melo, R., Vasconcelos, E., & Alencar, E. (2014). *Ansiedade e medo em Enfermagem Médico-Cirúrgica* Acedido em 19 de janeiro de 2019 em [https://www.researchgate.net/publication/289672906\\_Ansiedade\\_e\\_medo\\_em\\_enfermagem\\_medico-cirurgica](https://www.researchgate.net/publication/289672906_Ansiedade_e_medo_em_enfermagem_medico-cirurgica)
- Gomes, J., & Pergher, G. (2010). *A TCC no pré e pós operatório de cirurgia cardiovascular*. Revista brasileira de terapias cognitivas, vol. 6, n.01. Acedido em 10 de março de 2019 em DOI: 10.5935/1808-5687.20100010
- Gonçalves, M. (2016). *Influência da Informação de Enfermagem na Ansiedade Pré-Operatória*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Gonçalves, K., Silva, J., Gomes, J., Pinheiro, L., Bezerra, T. (2016). *Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca* Revista Brasileira de Enfermagem 69(2):374-80. Acedido em 08 de janeiro de 2019 em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690225i>
- Labrague, L., & McEnroe-Petitte, D. (2016). *Influence of Music on Preoperative Anxiety and Physiologic Parameters in Women Undergoing Gynecologic Surgery* Clinical Nursing Research vol. 25, pág. 157-173 Acedido em janeiro de 2019 em 10 de março de 2018 em <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1054773814544168?journalCode=cnra>
- Lee, W., Wu, P., Lee, M., Ho, L., Shih, W. (2016). *Music listening alleviates anxiety and physiological responses in patients receiving spinal anesthesia*. Acedido em 10 de março de 2019 em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2016.12.006>
- Lima, A., Jesus, D., & Silva, (2018). *Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 28(3) Acedido em 11 de março de 2019 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280320>
- Machado, J., Silva, L., Guedes, M., Freitas, M., Ponte, K., Silva, A. (2015). *Autocontrolo de Ansiedade no Pré-operatório Cardíaco: Resultado de uma intervenção de Enfermagem*

- SANARE, Sobral, V.14, n.2, pág. 36-42. Acedido em 29 de agosto de 2018 em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/822>
- Maluf, E., Richlin, C., Barreira, M. (2015). *Prevalência de ansiedade e depressão no pré-operatório de cirurgias eletivas em um hospital universitário em Curitiba*. Ver. Med. UFPR 2 (2):62-66 DOI:10.5380/rmu.v2i2.41386 Acedido em 29 de março de 2018 em <https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/41386>
- Melchior, L. (2017). *Ansiedade pré-operatória em pacientes cirúrgicos hospitalizados em Goiânia-GO*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás, Brasil. Acedido em 29 de março de 2018 em <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/7227>
- Monteiro, A., Curado, M. (2016). *Por uma Nova Epistemologia da enfermagem: Um cuidar Post-humano?* Artigo teórico acedido em 08 de março de 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15069>
- Nigussie, S., Belachew, T., & Wolancho, W. (2014). *Predictores of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital*. Research Article. Acedido em 08 de março de 2019 em <https://bmcsurg.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2482-14-67>
- Oliveira, E. (2011). *Ansiedade Pré-Operatória*. Tesis Doctoral. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Oliveira, L. (2012) *Sistematização da Assistência de Enfermagem: Excelência no cuidado*. Acedido em 11 de março de 2019 em <http://docplayer.com.br/7695934-Sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-sae-excelencia-no-cuidado.html>
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais- A Complementaridade do SPSS (6ª Edição)*. Edições Sílabo: Lisboa.
- Pinto, E., Lunardi, L., Treviso, P. & Botene, D. (2018). *Atuação do enfermeiro na cirurgia robótica: desafios e Perspectivas*. Revista SOBeCC 23(1): 43-51 Acedido em 11 de março de 2019 em DOI: 10.5327/Z1414-4425201800010008
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e prática clínica*. (6ª Edição) Lusociência: Loures. ISBN: 972-8383-65-7.
- Pritchard, M. (2009). *Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients* Art&Science vol 23 n. 51. Concedido pelo autor.
- Pritchard, M. (2009). *Managing anxiety in the elective surgical patient*. British Journal of Nursing vol 18, n. 07. Concedido pelo autor.
- Pritchard, M. (2011). *Using the Hospital Anxiety and Depression Scale in surgical patients*. Art&Science vol.25, n.34. Concedido pelo autor.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2008). *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*. (2ª Edição) Brasil: Artmed, ISBN 978-85-363-1126-5.
- Santos, S.; Silva, D. (1997) *Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a População Portuguesa: Primeiros Dados*. Revista Portuguesa de Psicologia, nº32. Acedido em 05 de maio de 2018.
- Santos, R., Silva, I., Pereira, V., Silva, M., Araújo, L. (2018). *A atuação do enfermeiro no centro cirúrgico*. Acedido a 11 de março de 2019 em <http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/download/5218/3665>.

- Santos, M., Martins, J., Oliveira, L. (2014). *A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico*. Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.3 Acedido a 31 de março de 2018 em <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1393>
- Sena, A., Nascimento, E., Maia, A. & Santos, J. (2017). *Construção coletiva de um instrumento de cuidados e enfermagem a pacientes no pré-operatório imediato*. Revista Baiana de Enfermagem, vol.31, n.01, pág. 1-10 Acedido em 19 de janeiro de 2019 em <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20506/pdf>
- Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa (UNECE). Terceiro ciclo de revisão e avaliação da estratégia de implementação regional (RIS) do plano internacional de ação de Madrid sobre o envelhecimento (MIPAA) - Relatório de Portugal. Março 2017. Acedido em dezembro 2018 em [https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/country\\_rpts/2017/POR\\_report\\_POR.pdf](https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/2017/POR_report_POR.pdf)
- Costa, V., Silva, S., Lima, L. (2010). *O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo*. Acedido em 11 de março de 2019 em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200010)
- Willhelm, A., & Andretta, I. (2015). *Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade*. Acedido em 11 de março de 2019 em <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2015.81.08>
- Wu, P., Huang, M., Lee, W., Wang, C., Shih, W. (2017). *Effects of music listening on anxiety and phisyological responses in patients undergoing awake craniotomy*. Acedido em 08 de março de 2019 em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2017.03.007>

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

### Questionário ao doente cirúrgico – 1ª parte

**Instrumento de Colheita de dados n° \_\_\_\_\_**

- 1. Há quanto tempo se encontra internado? \_\_\_\_\_ dias.**
- 2. Há quanto tempo espera por esta cirurgia, após ter sido diagnosticado?**

Menos de 1 mês ( )

Entre 1 a 3 meses ( )

Mais de 3 e menos de 6 meses ( )

6 meses ou mais ( )

- 3. Considera que a sua doença é grave? Sim ( ) Não ( )**

- 4. Teve consulta de Enfermagem Pré-Operatória? Sim ( ) Não ( )**

**Se sim, responda às seguintes questões:**

**4.1. Há quanto tempo?**

Menos de 1 mês ( )

Entre 1 a 3 meses ( )

Mais de 3 e menos de 6 meses ( )

6 meses ou mais ( )

- 4.2. Sente que precisava que lhe tivessem dado mais informação? Sim ( ) Não ( )**

**Se quiser, especifique que outro tipo de informação gostaria de ter obtido:**

---

---

**4.6. Sentiu que a consulta de Enfermagem pré-operatória o preparou para o dia da cirurgia?**

Sim ( ) Não ( )

**5. Nos dias que antecederam a cirurgia, sentiu que teve mais dificuldade em adormecer ou em dormir, que o habitual?**

Não ( )

Sim, mas só na última noite ( )

Sim, desde as últimas duas a três noites anteriores ( )

Há mais de três noites.

**6. Tomou sedativos/tranquilizantes para conseguir dormir no dia anterior à cirurgia?**

Sim ( ) Não ( )

**7. Tem neste momento outras preocupações para além da cirurgia? Sim ( ) Não ( )**

**Se quiser, diga quais:**

---

---

---

**8. Na sua opinião, o que contribui ou poderia contribuir para se sentir mais calmo?**

---

---

## APÊNDICE II

Questionário ao doente cirúrgico - Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de  
Spielberger

## QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

de Charles D. Spielberger

com a colaboração de

R.L. Gorsuch, R. Lushene, P.R. Vagg e G. A. Jacobs

STAI Forma Y-1

Idade:   Sexo: Masculino  Feminino

INSTRUÇÕES: Encontra-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale o espaço apropriado à direita indicando como se sente <b>agora</b> , isto é, <b>neste momento</b> . 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)				
2. Sinto-me seguro(a)				
3. Estou tenso (a)				
4. Sinto-me sob pressão				
5. Sinto-me à vontade				
6. Estou preocupado(a) com possíveis contratempos				
7. Sinto-me satisfeito(a)				
8. Sinto-me com medo				
9. Sinto-me confortável				
10. Sinto-me uma pilha de nervos				
11. Estou descontraído(a)				
12. Sinto-me contente				
13. Estou preocupado(a)				
14. Sinto-me confuso(a)				
15. Sinto-me sereno(a)				
16. Sinto-me assustado(a)				
17. Sinto-me inquieto(a)				
18. Sinto-me perturbado(a)				
19. Estou relaxado(a)				
20. Estou tranquilo(a)				

(Tradução e adaptação Fernanda Daniel e Emanuel Ponciano)

## QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

### STAI Forma Y-1

INSTRUÇÕES: Encontram-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale o espaço apropriado à direita indicando como se sente <b>habitualmente</b> , isto é, <b>a maior parte do tempo</b> . Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor a maneira como se sente habitualmente.	Não	Um pouco	Moderadamente	Muito
21. Sinto-me bem disposto(a)				
22. Sinto-me nervoso(a) e agitado(a)				
23. Sinto-me satisfeito(a) comigo mesmo				
24. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser				
25. Sinto-me um “falhado(a)”				
26. Sinto-me descansado(a)				
27. Sou calmo(a), indiferente e sereno(a)				
28. Sinto que as dificuldades se amontoam de maneira que não consigo ultrapassá-las				
29. Preocupo-me com coisas que na realidade não têm importância				
30. Sou feliz				
31. Tenho pensamentos que me perturbam				
32. Tenho falta de confiança em mim próprio(a)				
33. Sinto-me seguro(a)				
34. Tomo facilmente decisões				
35. Sinto-me incapaz				
36. Estou satisfeito(a)				
37. Alguns pensamentos sem importância passam pela minha cabeça e aborrecem-me				
38. Tomo as contrariedades tão a sério que não consigo deixar de pensar nelas				
39. Sou uma pessoa imperturbável				
40. Quando penso nos assuntos que tenho entre mãos fico tenso e a “ferver por dentro”				

(Tradução e adaptação Fernanda Daniel e Emanuel Ponciano)

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

**LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** Ansiedade Pré-Operatória: O reflexo no doente cirúrgico

Sou uma investigadora que estou a desenvolver um estudo que tem como principal objetivo: avaliar a ansiedade pré-operatória vivenciada pelos doentes cirúrgicos, visando contribuir para um aumento na excelência da qualidade dos cuidados de Enfermagem e consequentemente, para o aumento do bem-estar do doente cirúrgico.

Assim, e para atingir os objetivos do estudo, estou a solicitar que responda a algumas perguntas através de questionário. Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética e da direcção do Centro Hospitalar de Leiria.

A sua participação é voluntária e todas as informações obtidas através deste questionário são anónimas e confidenciais e serão apenas utilizadas para fins da investigação, estando em todos os momentos assegurada a sua privacidade. Neste sentido, em qualquer momento pode interromper a sua participação, sem qualquer tipo de prejuízo.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional não hesite em contactar pelo(s):

Tel.:916441249

E-mail:tania.mg.santos@gmail.com

**Obrigado pela sua colaboração.**

**A Investigadora:**

  
(Tânia M.G. Santos)

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela(s) pessoa(s) que acima assina(m). Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização de dados, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.*

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ANEXO II

### Pedido de Autorização ao Conselho de Administração

Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.  
A/C Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
Rua das Olhalvas  
Pousos, 2410 – 197 Leiria

**Assunto:** Pedido de autorização para colheita de dados

Exmo. Senhor Presidente

Tânia Maria Gomes dos Santos, enfermeira do serviço de Medicina II deste hospital, vem por este meio requerer a V. Exa. autorização para aplicação de um questionário a doentes, a fim de colher dados para a realização da dissertação no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresenta-se um resumo dos aspetos mais relevantes:

<b>Título do projeto de investigação</b>	Ansiedade Pré-Operatória: O reflexo no doente cirúrgico
<b>Nome do investigador responsável</b>	Tânia Maria Gomes dos Santos Rua das Quintas, nº 24 2480 – 401 Porto de Mós 916441249 Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do IPL (Orientadora) Telem: 918238509
<b>Instituição de origem</b>	Instituto Politécnico de Leiria
<b>Estado do pedido de autorização à CNPD</b>	NA
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo observacional
<b>Serviços do CHL que participam</b>	Serviço de Cirurgia I e II; Ortopedia I e II e Especialidades Cirúrgicas (Urologia)
<b>Entidades externas ao CHL que participam</b>	NA
<b>Objetivos</b>	Avaliar a ansiedade vivenciada no pré-operatório pelo doente cirúrgico, visando contribuir para um aumento na excelência da qualidade dos cuidados de Enfermagem e

consequentemente, para o aumento do bem-estar do doente cirúrgico.

**Metodologia**

Foi elaborado um questionário de autopreenchimento composto por uma escala de avaliação da ansiedade, validada para a população portuguesa e autorizada pelo autor; e por questões para operacionalizar outras variáveis que funcionam como independentes.

O questionário será entregue aos doentes, que autorizem participar, no período que antecede a cirurgia e enquanto aguardam a transferência para o bloco operatório.

**População ou amostra**

Doentes internados nos serviços supracitados, propostos para cirurgia eletiva, no Hospital Santo André, no período pré-operatório, após aprovação do presente estudo e durante um mês. Consideram-se como critérios de inclusão, idade igual ou superior a 18 anos, saber ler e escrever e como critério de exclusão a presença de transtornos cognitivos que impeçam uma recolha de dados válida.

**Duração prevista do estudo**

1 mês a partir da data de autorização

O Investigador compromete-se a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias e a entregar um exemplar do trabalho final.

Anexa-se a documentação necessária ao pedido de autorização para a realização de projeto de investigação no CHL E.P.E.

Leiria, 01/02/2019

Com os melhores cumprimentos,



Tânia M.G. Santos

## **ANEXO III**

Pedido de cedência e utilização do Inquérito STAI



## ANEXO IV

Autorização para realização do estudo do Conselho de Administração do CHL



CENTRO HOSPITALAR LEIRIA

CI - Centro de Investigação  
Ref.º 20/2019

*Para CA  
Alameda Borges  
Vogal Elizabeth  
20/19/03/26*

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

DELIBERAÇÃO DO  
Conselho de Administração  
Acta nº 13 2019/03/28

*Integrido  
19.03.28*

Leiria, 21 de março de 2019

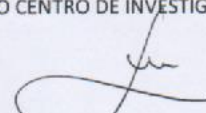
**Assunto:** Estudo "Ansiedade Pré-Operatória: o reflexo no doente cirúrgico", submetido por Enf.ª Tânia Santos, a desenvolver nos Serviços de Urologia, Cirurgia I, Cirurgia II, Ortopedia I e Ortopedia II

De acordo com o Procedimento Interno "Aprovação de estudos e projetos de Investigação", em vigor desde 2016.03.07, informa-se que o estudo mencionado em epígrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação, em anexo.

Mais se informa que o presente estudo obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 04 de 2019.03.07. Neste sentido, submete-se o pedido anexo para decisão final do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

O COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

  
(JOÃO MORAIS)

*Enviado eletronicamente em 2019.03.22 por SG.*

*Recebido 2019.03.22*  
Rua das Oliveiras  
Povoa, 2410 - 187 Leiria  
Telefone: 244817000; Ext. 4002/4003; Fax: 244817087  
Email: GATCI@chleiria.min-saude.pt  
www.chleiria.pt

*Do CI 19.03.28*

Centro Hospitalar de Leiria Accredited by  
Joint Commission International

