

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Madalena Cunha, minha orientadora, expresso a mais profunda gratidão e agradeço os seus ensinamentos e conselhos, paciência, compreensão e incentivo que me fizeram crescer

Às colegas Ana e Teresa, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela partilha de ideias, pelo incentivo e ajuda incondicional

À minha família que sempre esteve presente nos momentos mais difíceis, pela paciência e compreensão quando estive indisponível

Aos doentes que participaram e colaboraram na realização deste estudo

A todos os meus amigos que sempre acreditaram e me incentivaram e apoiaram nos momentos de maior desânimo

A toda a equipa de enfermagem dos serviços de Cirurgia 1 e Cirurgia 2 do Centro Hospitalar Tondela -Viseu, EPE, unidade de Viseu, pela sua ajuda

Ao meu irmão, pelo seu precioso contributo na verificação do Português

Ao Senhor Professor Doutor Adriano Vaz Serra pelo apoio científico e disponibilidade no início deste estudo

A todos aqueles que directa ou indirectamente contribuíram para a realização deste estudo

A todos o meu sincero **muito Obrigada!**

RESUMO

A ansiedade estado é uma emoção comumente vivenciada pelo doente cirúrgico no período pré-operatório. Neste contexto, o presente estudo intitulado “*A ansiedade do doente no período pré-operatório*”, teve como objetivos: avaliar o nível de ansiedade do doente; determinar o nível de conhecimentos sobre o acto anestésico descritos pelo doente; verificar se as variáveis sociodemográficas têm efeito significativo na ansiedade dos doentes; analisar a relação entre as variáveis clínicas e a ansiedade e analisar a relação entre os conhecimentos sobre o acto anestésico e a ansiedade do doente, no período pré-operatório.

O estudo quantitativo, transversal com características analíticas descritivas e correlacionais, foi efectuado numa amostra não probabilística de 180 doentes, propostos para cirurgia programada nos serviços de cirurgia 1 e cirurgia 2 do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE, unidade de Viseu, nos meses de Abril e Maio de 2011. Para a colheita de dados foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, um questionário de avaliação dos conhecimentos sobre o acto anestésico e a versão adaptada da Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung. Na amostra 55.6% são doentes do sexo feminino e 44.4% do sexo masculino. A média das idades foi de 57 anos, 73.9% são casados/união de facto, 62.2% residem em meio rural e 48.9% referem ter a 4ª Classe. Inferimos que a maioria dos doentes já tiveram experiências cirúrgicas e 59.4% tiveram visita de enfermagem pré-operatória. Os conhecimentos sobre o acto anestésico foram maioritariamente adquiridos através de profissionais de saúde (28.8 %), constatando-se que apenas 27.2% dos doentes tem bons conhecimentos sobre o acto anestésico. A ansiedade estado avaliada no período pré-operatório sofreu influência do sexo (mais elevada nas mulheres com 47.0%), das habilitações literárias (mais grave nos doentes com baixa literacia) e da idade (mais elevada nos doentes mais velhos); os doentes detentores de visita de enfermagem pré-operatória têm menor sintomatologia ansiosa e melhores conhecimentos.

Em síntese, em face dos resultados obtidos considera-se que os mesmos sustentam a necessidade de sessões de formação no sentido de sensibilizar e motivar os enfermeiros perioperatórios para a implementação sistematizada da visita de enfermagem pré-operatória e de incluir na mesma a avaliação da ansiedade do doente, bem como o planeamento de intervenções para a debelar.

Palavras-chave: Ansiedade estado; Conhecimentos; Visita de Enfermagem Pré-Operatória

ABSTRACT

The state anxiety is an emotion commonly experienced by surgical patients in the preoperative period. In this context, this study entitled "The anxiety of surgical patients in the preoperative period," had its objectives: to assess the level of anxiety of the patient; determine the level of knowledge about the anesthetic act described by the patient, verify that the sociodemographic variables have a significant effect on anxiety of patients, to analyze the relationship between clinical variables and anxiety and to analyze the relationship between knowledge of the act anesthetic and patient anxiety in the preoperative period.

The quantitative study, cross-sectional correlational descriptive and analytical characteristics was conducted in a non-probabilistic sample of 180 patients proposed for scheduled surgery on surgical units 1 and 2 of Center Hospital Tondela - Viseu, EPE, a unit of Viseu, in April and May 2011. For data collection a questionnaire was used to characterize sociodemographic and clinical evaluation, a questionnaire on knowledge about the anesthetic act and adapted version of the Zung Self-Rating Anxiety Scale. In the sample 55.6% were female patients and 44.4% were male. The mean age was 57 years, 73.9% are married / unmarried, 62.2% live in rural areas and 48.9% reported having a 4th grade. We infer that most patients have had surgical experiments and 59.4% have had visiting nursing preoperative. The knowledge of the anesthetic act were mostly acquired through health professionals (28.8%), noting that only 27.2% of patients have good knowledge of the anesthetic act. The anxiety state assessed in the preoperative period was influenced by sex (higher in women 47.0%), academic qualifications (more severe in patients with low literacy) and age (higher in older patients). Patients' symptoms, which had a preoperative nursing visit, are less anxious and better knowledge.

In summary, assumed the results it is considered that they support the need for training sessions to raise awareness and motivate perioperative nurses for the implementation of systematic nursing visits and preoperative evaluation including in the same time the patient anxiety, as well as the planning of interventions to control it.

Keywords: Anxiety state; knowledge; Visiting Nurse Preoperative

INDICE GERAL	Pág.
INDICE DE QUADROS	
INDICE DE GRÁFICOS	
INDICE DE FIGURAS	
INDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
INDICE DE SIMBOLOS	
1-INTRODUÇÃO.....	21
2 – ANSIEDADE, ACTO ANESTÉSICO, ACTO CIRÚRGICO E VISITA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA.....	23
2.1- ANSIEDADE.....	23
2.2- ACTO ANESTÉSICO.....	28
2.3- ACTO CIRÚRGICO.....	30
2.4 – VISITA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA.....	31
3 – METODOLOGIA.....	35
3.1 – OBJECTIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	35
3.2 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	36
3.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	37
3.4 – PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO.....	40
4 – RESULTADOS.....	43
4.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	43
4.2 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA.....	45
4.3 – CARACTERIZAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DOS DOENTES.....	47
4.4 – CARACTERIZAÇÃO DA ANSIEDADE.....	50
4.5 – RESULTADOS DO TESTE DE HIPÓTESES.....	58
5 – DISCUSSÃO.....	63
5.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	63
5.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	64
6 – CONCLUSÕES.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.....	77
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados.....	79
ANEXO II – “Pedido de autorização para efectuar colheita de dados”.....	87

ANEXO III – Declaração de Consentimento.....	91
ANEXO IV – Autorização para utilização da Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung.....	95
ANEXO V – Certificado do Poster “ <i>Conhecimentos, Medos, Crenças e Mitos do Doente Cirúrgico sobre o Acto Anestésico</i> ”.....	99
APÊNDICES.....	105
APÊNDICE I – “Consistência interna da Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung”.....	107

INDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 – Cotação dos itens referentes aos conhecimentos sobre o acto anestésico	38
Quadro 2 – Estatísticas relativas à idade do doente em função do sexo.....	43
Quadro 3 – Características sociodemográficas em função do sexo dos doentes...	44
Quadro 4 – Características clínicas dos doentes em função do sexo.....	46
Quadro 5 – Estatísticas relativas ao número de cirurgias dos doentes em função do sexo	46
Quadro 6 – Características dos conhecimentos sobre o acto anestésico dos doentes.....	48
Quadro 7 – Resultados referentes aos conhecimentos sobre o acto anestésico ...	49
Quadro 8 – Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre o acto anestésico em função do sexo.....	49
Quadro 9 – Classificação dos conhecimentos dos doentes.....	50
Quadro 10 – Caracterização da Ansiedade.....	51
Quadro 11 – Características da ansiedade por níveis em função do sexo	52
Quadro 12 – Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil, a religião, as habilitações literárias com a ansiedade.....	53
Quadro 13 – Teste de U de Mann Whitney entre a residência e a ansiedade.....	54
Quadro 14 – Teste de U de Mann Whitney entre as variáveis clínicas e a ansiedade	55
Quadro 15 – Teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis clínicas e a ansiedade...	56
Quadro 16 – Análise de regressão linear simples entre a idade, o número de cirurgias e o acto anestésico	57
Quadro 17 – Resultado do Teste de Kruskal-Wallis entre a aquisição de conhecimentos e a ansiedade	57
Quadro 18 – Resultado do Teste de Kruskal-Wallis entre os níveis de conhecimentos e a ansiedade	58
Quadro 19 – Características da ansiedade por níveis em função da visita de enfermagem pré-operatória”.....	60
Quadro 20 – Análise de regressão linear simples entre os conhecimentos sobre o acto anestésico e a ansiedade	61

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Efeitos secundários ocorridos após a anestesia	49

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis	37

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHTV – Centro Hospitalar Tondela Viseu

SNC – Sistema Nervoso Central

SPSS – Statistical Package for the Social Science

VEPO – Visita de Enfermagem Pré-Operatória

ÍNDICE DE SIMBOLOS

% – Percentual

< – Menor

> – Maior

X – Média

Dp – Desvio Padrão

CV – Coeficiente de Variação

X² – Qui-Quadrado

N – Amostra

p – nível de significância

SK – Skewness

K – Kurtosis

1 – INTRODUÇÃO

A ansiedade é um estado emocional que atinge qualquer pessoa em variadíssimas situações, que se manifesta por um conjunto de sinais e sintomas psicológicos e fisiológicos, fazem parte da vivência humana normal e atinge grande parte da população.

Qualquer doença induz a pessoa a vivenciar uma situação de crise, facto por si só gerador de angústia, medo e ansiedade. Quando existe a necessidade de recorrer ao hospital, de um modo geral, a angústia e o medo aumentam assim como a ansiedade uma vez que é um acontecimento não desejado nem planeado por ninguém mas também porque o hospital poderá implicar o afastamento do doente do seu quotidiano para um ambiente com cultura e vivências próprias.

Todos os doentes apresentam algum tipo de reacção emocional antes de qualquer procedimento cirúrgico, seja ela evidente ou oculta, normal ou anormal. O processo cirúrgico, compreende os períodos pré, intra e pós-operatório e é responsável pelo despertar de inúmeros sentimentos no ser humano incluindo a ansiedade. Este é o sentimento mais realçado, sendo um fenómeno universal e uma realidade emocional vivenciada por quase todos os doentes cirúrgicos. Apesar do avanço da medicina, das técnicas operatórias e da monitorização ainda há quem sinta “receio” da anestesia. Para muitas pessoas que precisam de ser submetidas a uma cirurgia, o principal medo não é só da cirurgia em si, mas também do acto anestésico.

A ansiedade pré-operatória pode ser uma resposta antecipatória a uma experiência que o doente entende como ameaçadora, desconhecida e até perigosa ao seu papel quotidiano na vida, à sua integridade corporal ou à vida em si mesmo. No entanto, também parece ser a emoção mais comum nestas situações que se revelam como ameaçadoras.

No intuito de reduzir a ansiedade estado do doente, a visita de enfermagem pré-operatória é uma acção que deve ser desenvolvida na véspera da cirurgia a todos os doentes antes da cirurgia, tranquilizando-o e preparando-o convenientemente para o acto cirúrgico.

Com a evolução científico-tecnológica, o tratamento cirúrgico é hoje considerado uma prática corrente dos hospitais. E não há dúvida que a tecnologia cirúrgica vai continuar a evoluir, permitindo que as cirurgias se tornem cada vez mais rápidas e seguras, alterando assim a permanência do doente no hospital.

Ao elaborar o presente trabalho pretende-se esquematizar de uma forma lógica e sequencial as várias etapas a seguir neste trabalho de investigação.

Neste contexto são objectivos gerais deste estudo: identificar o estado de ansiedade dos doentes no período pré-operatório, verificar se existe relação com a visita de enfermagem pré-operatória e verificar se existe relação com os conhecimentos dos doentes sobre o acto anestésico. São objectivos específicos do estudo: avaliar o nível de ansiedade dos doentes; determinar o tipo de conhecimentos sobre anestesia relatados pelos doentes; verificar se as variáveis sociodemográficas têm efeito significativo na ansiedade dos doentes; analisar a relação entre as variáveis clínicas e a ansiedade do doente no período pré-operatório e analisar a relação entre a ansiedade e os conhecimentos que os doentes têm sobre o acto anestésico.

Relativamente à estratégia metodológica a utilizar e de acordo com a problemática e objectivos que se pretendem atingir, este estudo é quantitativo, transversal quanto ao tempo e tem características analíticas descritivas e correlacionais.

Com este estudo, pretendemos ainda sensibilizar e envolver os profissionais para as principais causas da ansiedade estado e perceber se a relação estabelecida entre o doente e o enfermeiro que realiza a visita de enfermagem pré-operatória permite atenuar o deficit de conhecimentos, contribuindo para a diminuição da ansiedade manifestada no período pré-operatório.

Este estudo encontra-se estruturado em seis capítulos, começando com a presente introdução, seguindo o segundo capítulo com o quadro teórico sustentando a justificação deste tema, seguindo-se a metodologia, os resultados, a discussão e por último a conclusão. O percurso realizado ao longo deste estudo concluir-se-á com as referências bibliográficas, alguns anexos que foi considerado pertinente incluir, de forma a facilitar a sua compreensão e um apêndice.

2 – ANSIEDADE, ACTO ANESTESICO/CIRURGICO E VISITA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Fazendo parte das emoções mais básicas do ser humano, a ansiedade é uma perturbação emocional, um sentimento de insegurança intensa, de perigo iminente onde a pessoa se encontra expectante, não sabendo o que lhe vai acontecer, convicta da sua impotência em se defender contra os acontecimentos que a ameaçam. O hospital é um ambiente gerador de ansiedade nos doentes, principalmente naqueles que vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica. Mesmo tendo noção do avanço tecnológico da medicina, do acto anestésico e cirúrgico, o doente não consegue sentir-se totalmente seguro experimentando sentimentos de incerteza, de ansiedade, de impotência, de medo da dor e da morte. A Visita de Enfermagem Pré-Operatória (VEPO) tem como objectivo primordial desenvolver uma relação de ajuda com o doente contribuindo para a redução da ansiedade estado pré-operatória.

2.1 – ANSIEDADE

Inicialmente, o conceito de ansiedade era impreciso e vago. Actualmente, com a evolução da sua definição multidimensional, pode ser encarada como um estado emocional ou psicológico mas também como uma causa explicativa de um comportamento. Pela sua complexidade, existem várias definições porque não existe um conceito capaz de abarcar a sua totalidade (RIBEIRO, 2007).

Consultando o dicionário de língua portuguesa, (2011) poderemos verificar que Ansiedade é um “estado de perturbação psicológica causado pela percepção de um perigo ou pela iminência de um acontecimento desagradável ou que se receia; opressão; angústia”.

Barbosa e Radomile (2006) consideram a ansiedade como uma das emoções mais básicas que os humanos podem sentir e referem que é de extrema importância porque os seus sintomas são considerados como uma das principais dificuldades enfrentadas pelos seres humanos. Nesta linha de pensamento, Mendes (2005) refere que é uma resposta humana habitual perante situações de ameaça, o que em certa medida é desejável pois serve de estímulo facilitador da capacidade de resposta do indivíduo. O problema surge quando se torna excessiva, podendo ser paralisadora e provocar um profundo mal-estar.

Podemos, assim, considerar a ansiedade como uma reacção emocional transitória, percebida pela consciência e caracterizada por sentimentos subjectivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, intensificando a actividade do sistema nervoso autónomo. Essas respostas incluem alteração da frequência cardíaca, do padrão respiratório e da pressão arterial podendo manifestar-se por alguma inquietação, estremecimentos, tremores e aumento da sudorese. Surge como o resultado de um esforço de adaptação inadequado para resolver os conflitos internos (BARBOSA e RADOMILE, 2006; JUAN, 2007; TORRATI, 2009).

Como a ansiedade é uma experiência desagradável, a maioria das pessoas procura evitá-la e com frequência tenta substituí-la por uma emoção mais tolerável. Vaz Serra (1980) e Stuart (2001), referem nos seus estudos que a ansiedade é constituída pela emoção dominante do medo, à qual se podem associar outras, nomeadamente, a raiva, a hostilidade, a culpa, a amargura, a vergonha, a tristeza ou a impotência. É importante realçar-se que os padrões de resposta da ansiedade variam com as diferenças individuais e situacionais (RIBEIRO, 2007). A mesma autora cita Stuart (2001) e Marantides e Cassmeyer (2003) que classificam a ansiedade em quatro níveis:

- ansiedade leve ou ligeira, associada à tensão quotidiana, que pode motivar a aprendizagem e produzir o crescimento e a criatividade;
- ansiedade moderada, em que o individuo se concentra apenas nas suas preocupações imediatas;
- ansiedade intensa ou grave, em que o individuo se focaliza num detalhe específico, podendo surgir perturbações no raciocínio e incongruência de pensamentos/sentimentos ou actos;
- pânico, associado à perplexidade e ao terror dando origem a disfuncionalidade física e mental do individuo, incapacitando-o de entender a situação, provocando reacções imprevisíveis e actividade motora aleatória.

Habitualmente a ansiedade induz a uma acção destinada a remover ou a reduzir o perigo. Essas acções designam-se por mecanismos de defesa que vão depender dos níveis de ansiedade.

Desta forma, para a ansiedade leve causada pelo stress diário, existem vários mecanismos como o chorar, o dormir, o comer, o bocejar, o rir, o fumar ou o beber, enquanto que nos restantes níveis de ansiedade esses mecanismos podem ser dirigidos à tarefa ou ao ego. Os mecanismos de defesa do ego são a primeira linha de defesa psíquica, processos que não modificam a verdadeira fonte de perigo, apenas alteram o modo de encarar a situação

ameaçadora. Podem ser negação, repressão, racionalização, intelectualização ou formação reactiva (RIBEIRO, 2007).

A ansiedade é um estado emocional que atinge qualquer pessoa em variadíssimas situações. Em situação de doença, o ambiente hospitalar é um local gerador de ansiedade, se pensarmos que o hospital poderá implicar o afastamento do doente do seu quotidiano para um ambiente com rotinas próprias. Ciuro (2009), relata que o recurso ao hospital representa sempre uma experiência desencadeadora de ansiedade para o doente, mais ainda quando há necessidade de uma intervenção cirúrgica. O doente confronta-se com uma situação geralmente desconhecida, com riscos inerentes, obrigando-o a alterar a sua dinâmica pessoal, familiar e social. Costa et al. (2010) citam Barbosa e Radomile (2006) ao salientarem outros aspectos impostos pela hospitalização tidos como ameaçadores: a exposição da sua intimidade a estranhos e o ultimato à sua integridade física para além da convivência com o ambiente de doença, de dor e de morte.

Presentemente é consensual que a ansiedade é uma resposta normal em doentes pré-operatórios, refere Pritchard (2010) citando Taylor-Loughran et al. (1989), Grieve (2002), Osborn e Sandler (2004), Khan e Nazir (2007), Nikumb et al. (2009).

São vários os factores que medeiam as diversas reacções do doente, nomeadamente a idade, o sexo, experiências anteriores, o apoio sócio-familiar, a cultura, o tipo de informação/comunicação, as visitas que lhe são proporcionadas, as patologias físicas e a perspectiva da cirurgia (RIBEIRO, 2007). Fighera e Viero (2005), Barbosa e Radomile (2006), Giuntini (2006) e Leon (2007) relatam ainda a ocupação, a personalidade e o temor ao ambiente hospitalar como factores que podem interferir com o doente. Assim sendo, segundo estes autores, o impacto vai variar de doente para doente. No seu estudo, Leon (2007) constatou que na relação entre a ansiedade e o sexo, a idade e a escolaridade, doentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 41 e 59 anos e com menor escolaridade apresentaram maiores scores na avaliação. No entanto, essa relação só se mostrou estatisticamente significativa para a variável sexo. No que diz respeito à idade, os resultados não foram estatisticamente significativos.

Ribeiro (2007) obteve resultados semelhantes em relação ao sexo tendo concluído que as doentes femininas apresentam mais ansiedade pré-operatória, referindo outros estudos com resultados semelhantes tais como Moerman (1996) e Moraes e Peniche (2003). Em relação à idade, esta autora refere não ter ficado demonstrado que “doentes de faixas etárias mais baixas apresentassem mais ansiedade pré-operatória”. Ferreira (1998), citado por Sousa (2005), salienta que “as pessoas com idade mais avançada possuem maiores capacidades e

habilidades de enfrentar situações ameaçadoras, pelas suas experiências de vida diminuindo assim a ansiedade”. Refere ainda um estudo de Uddin (2001) onde o nível de ansiedade pré-operatória foi mais elevado nas faixas etárias inferiores. Em relação às habilitações literárias, no seu estudo não foi demonstrado que doentes com menos habilitações literárias tivessem mais ansiedade pré-operatória. No entanto, cita o estudo de Maward (2004) referindo que os doentes com menor nível de instrução apresentam um elevado nível de ansiedade estado pré-operatória.

A ansiedade é uma reacção comum nos doentes perante novas situações, assim como uma condicionante significativa da reacção do doente perante o desconhecido (Caumo et al., 2001, citado por CIURO, 2009). Pritchard (2010) inclui ainda a incerteza sobre a anestesia ou a cirurgia e experiências cirúrgicas anteriores (boas ou más) como motivos para provocar ansiedade. Também Gomes (2009) cita Phips et al. (2003) que “alertam para a importância das experiências cirúrgicas vividas anteriormente como uma situação que pode afectar positivamente ou negativamente o nível de ansiedade e consequentemente a forma como o doente enfrenta este novo momento”.

Fighera e Viero (2005), concluíram que “os seus resultados afirmam que o facto de o doente ter passado por experiências positivas com relação à cirurgia não ameniza o medo sentido, ou seja, a ansiedade surge independentemente do número de cirurgias a que o doente se submeteu”. Referem também que cada cirurgia é vivenciada como única. Concluem ainda que “pode ser percebido através da entrevista que experiências negativas com relação ao procedimento cirúrgico ou a sua recuperação tendem a aumentar a ansiedade, possivelmente pelo medo de que o processo se repita, podendo interferir na vivência do doente”. Em relação a doentes sem experiências cirúrgica prévia, Ribeiro (2007) concluiu que “estes apresentam maiores níveis de ansiedade pré-operatória uma vez que possuem poucas informações que lhes permitam encarar melhor a situação. O desconhecido é a fonte da ansiedade pré-operatória”. No mesmo estudo, a autora refere não ter comprovado que “doentes com experiência cirúrgica, que tiveram complicações ou que nunca tenham sido sujeitos a anestesia geral, tivessem mais ansiedade pré-operatória”.

Antes de uma intervenção cirúrgica, os doentes estão ansiosos por diferentes razões resultantes desta experiência ameaçadora. A ansiedade pode surgir porque têm uma doença que exige cirurgia, porque vão ter que se submeter a uma intervenção cirúrgica ou porque se sentem inseguros face ao resultado e à rapidez da recuperação. Mas também o facto de estarem simultaneamente preocupados por estarem longe de casa, desconhecerem o modo como a sua família está a lidar com a situação a que ainda se adicionam as preocupações

inerentes ao seu dia a dia, como preocupações financeiras ou de relacionamento interpessoal (MELO, 2005). Esta autora refere que mesmo aquelas intervenções consideradas menores podem provocar fortes reacções emocionais e se estas forem suficientemente intensas, podem ter consequências nefastas. Citando Kiecolt-Glaser et al. (1998), salienta que “recentemente, estudos na área da psiconeuroimunologia têm demonstrado que a ansiedade no pré-operatório está associada a uma recuperação pós-operatória mais lenta, mais complicada e com mais dor. Igualmente Barbosa e Radomile (2006) citando Dall’Oglio (2002), referem que o estado emocional do doente no pré-operatório actua directamente sobre as suas emoções também no intra e pós-operatório.

Os estudos de Kiecolt-Glaser, referidos por Cerejo (2000), comprovaram que a uma grande ansiedade no período pré-operatório está associada uma recuperação mais lenta, com mais complicações e uma fraca adesão ao tratamento, após a cirurgia. Segundo estes estudos, no período intra-operatório a redução da ansiedade possibilita o baixo uso de anestesia e no período pós-operatório permite a diminuição do uso de analgésicos, de complicações e do tempo de internamento, e também o aumento do bem-estar psicológico, da satisfação e do envolvimento do doente nas suas rotinas. Comprova-se assim a importância da influência da ansiedade no período pré-operatório nos resultados no período pós-operatório (RIBEIRO, 2007). A mesma autora cita Hespel (1998) salientando que as principais fontes de ansiedade no período pré-operatório são:

- a separação da sua casa, da família, do seu ambiente, das suas coisas;
- o medo em relação à vida em si;
- o ser forçado a assumir o papel de doente, o acto cirúrgico, a dor e a perda de controlo sobre si mesmo.

Os doentes não têm somente ansiedade da intervenção cirúrgica e das salas operatórias mas também da anestesia, do bloco operatório e da unidade de cuidados pós-anestésicos.

A cirurgia é uma experiência muito especial para cada doente (PHIPPS et al., 2009). Estas autoras entendem que os sinais de ansiedade no doente que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica, não são diferentes dos das outras pessoas, porque os sinais variam de pessoa para pessoa podendo manifestar-se em várias atitudes, independentemente da situação. As pessoas que se revelam muito ansiosas poderão falar rapidamente, fazer muitas perguntas sem aguardar a resposta, repetir a pergunta, ou mudar de assunto frequentemente durante a interacção. Poderão negar que têm preocupações ou medos, embora seus actos manifestam precisamente o contrário. Há também doentes que não falam da cirurgia iminente, respondem por monossílabos, enquanto outros gritam e mostram raiva; estes tipos de comportamento são

sinais claros e óbvios de ansiedade. Referem, ainda, que há situações em que a ansiedade pode ser reduzida se o doente percepcionar a cirurgia como algo positivo, como sucede na cirurgia curativa, se melhorar o aspecto físico ou se servir de alívio ao desconforto. No entanto, há também situações em que acontece o contrário, ou seja, a ansiedade é aumentada quando a situação patológica subjacente é ou se julga que será maligna ou representa ameaça à sua vida.

Tendo em conta que sintomas de ansiedade são detectados em qualquer pessoa, em determinados períodos da sua vida, Spielberg referido por Pinto Gouveia (1982), Cerejo (2000), Rodrigues (2004), fez a distinção entre a ansiedade traço e a ansiedade estado. Enquanto a ansiedade traço se refere às diferenças individuais relativamente estáveis para reagir ansiosamente a situações estimuladoras como ameaçadoras, a ansiedade estado é uma reacção emocional transitória que se manifesta quando o indivíduo é confrontado com uma situação particular tida pessoalmente como perigosa (RIBEIRO, 2007).

Medeiros e Peniche (2006) também citam Spielberg ao definirem estado de ansiedade como uma reacção emocional transitória percebida pela consciência e caracterizada por sentimentos subjectivos de apreensão, nervosismo e preocupação. Salientam o facto de a maneira como o indivíduo percebe a ameaça ser mais importante que a própria ameaça.

As mesmas autoras citam Cade (2002) para definirem o traço de ansiedade como sendo uma tendência moldada pela personalidade de desenvolver mais ou menos ansiedade, diante das experiências da vida, ou seja, é uma capacidade de resposta com a propriedade de modificar o estado de ansiedade. Salientam também que as diferenças individuais na percepção e nas reacções às situações são determinadas pelo traço de ansiedade.

Após reflectirmos sobre a ansiedade consideramos pertinente para este estudo abordar o acto anestésico, o acto cirúrgico e a visita de enfermagem pré-operatória.

2.2 – ACTO ANESTÉSICO

A palavra *ANESTESIA* deriva da palavra grega *anaesthesia*, que significa, literalmente, “sem sensação” (ROTHROCK, 2008); trata-se de um estado induzido por medicamentos, que torna possível a execução de procedimentos terapêuticos e diagnósticos sem dor.

A anestesia é uma das especialidades médicas mais recentes, tendo sido o primeiro anestésico (medicamento usado para anestesiar) administrado em Boston, em 1846 por

William Morton (REGÊNCIO, 2009). Tal como refere Ribeiro (2007), é uma das áreas que mais tem contribuído para a medicina pelo seu crescimento e desenvolvimento científico.

Naturalmente, o seu desenvolvimento tem permitido um aperfeiçoamento mais técnico e rígido com vista à segurança dos intervenientes, nomeadamente o doente e o anestesista. A par do desenvolvimento de equipamentos de monitorização, de técnicas anestésicas e fármacos cada vez mais seguros, também a formação dos anestesistas lhes permite estarem cada vez melhor preparados. A anestesia desenvolveu-se assim numa ciência sofisticada e “arte clínica” que faz interface com muitas outras especialidades médicas (ROTHROCK, 2008).

O principal papel da anestesia é fazer com que, durante a cirurgia, o paciente fique inconsciente, sem dor e sem reação às manobras do cirurgião. Tal como refere Ormonde (2007), a anestesia consiste na insensibilização do corpo ou de uma determinada parte do corpo para que se possa proceder a uma intervenção cirúrgica ou outro tipo de intervenção em que seja necessário que o doente se encontre inconsciente, insensível ou imóvel.

Quando se fala em anestesia, o termo é logo associado à anestesia geral. No entanto, para além da anestesia geral há vários tipos de anestesia como a anestesia regional, local ou sedação. E estes tipos de anestesia ainda podem ser associados entre si. A anestesia tem a duração necessária para que seja efectuado o procedimento cirúrgico.

Rothrock (2008) descreve os vários tipos de anestesia como:

- *anestesia geral*, estado de inconsciência reversível, caracterizado por amnésia, analgesia, depressão dos reflexos, relaxamento muscular e homeostasia ou manipulação específica de funções e sistemas fisiológicas;

- *anestesia regional*, perda sensorial reversível numa área ou região específica do corpo quando um anestésico local é propositadamente injectado para bloquear ou anestesiar as fibras nervosas na zona a operar e ao seu redor. Inclui aqui os bloqueios espinais (bloqueio subaracnoideu), epidurais, caudais e os bloqueios dos principais nervos periféricos;

- *anestesia local*, administração de um agente anestésico para uma parte do corpo através de infiltração local ou aplicação tópica. É usada para procedimentos menores, quando a cooperação do doente é necessária para o procedimento, ou quando a condição física do doente exige a sua utilização. Geralmente é o cirurgião que administra este tipo de anestesia;

- *analgesia/sedação*, cada vez mais utilizada para procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos de curta duração, consiste numa depressão da consciência, induzida por medicamento, durante a qual os doentes respondem propositadamente aos comandos verbais, quer isoladamente, quer acompanhados por estimulação táctil leve.

A anestesia e analgesia são importantes para a realização de um acto cirúrgico, uma vez que estes temas foram abordados, consideramos conveniente reflectir sobre este procedimento.

2.3 – ACTO CIRÚRGICO

Marek e Boehnlein (2003) definem cirurgia como “o diagnóstico e tratamento médicos de traumatismo, deformidades e doença, por actos manuais e instrumentais” (RIBEIRO, 2007).

Foi Hipócrates, o pai da cirurgia, que no ano 450 antes de Cristo, alegadamente, usava vinho ou água fervida para lavar feridas. Por volta dos anos 130 a 200 da era cristã, no tempo de Galeno, físico grego, a cirurgia tornou-se uma disciplina médica específica, e dizia-se que os instrumentos deviam ser fervidos antes de serem usados. É nos meados do século XIX que a cirurgia surge como uma especialidade médica efectiva. Ao longo do século XX, os avanços na anestesia, no meio cirúrgico, e na tecnologia têm permitido resultados mais previsíveis e seguros nos doentes (PHIPPS et al., 2009).

A cirurgia como processo é discreta e transitória, tem um início e um fim bem definidos. No entanto, as suas repercussões e consequências são únicas em cada doente tendo em conta que é uma agressão não só física mas também psicológica.

Uma cirurgia pode ser indicada por várias razões. As cirurgias podem ser classificadas segundo o grau de risco – pequena ou grande cirurgia. Independentemente do grau de risco, nada impede ao doente de lhe suscitar medos e receios. A cirurgia pode também ser classificada pelo seu objectivo, podendo ser *diagnóstica*, quando é efectuada para determinar a causa do problema, *curativa*, quando se pretende resolver o problema de saúde ou uma situação patológica, removendo o tecido envolvido, de *reconstrução*, quando visa corrigir deformidades, reparar traumatismos ou melhorar o estado funcional do indivíduo e *paliativa* quando são usadas técnicas para aliviar sintomas, sem intenção de curar (BRUNNER/SUDDHARTH, 2005). Estas autoras classificam ainda a cirurgia de acordo com o grau de urgência, podendo ser designada de cirurgia electiva, urgente ou emergente. Enquanto as cirurgias electivas são programadas, as urgentes não o são, requerem intervenção atempada mas não põem em risco imediato a vida do doente; as cirurgias emergentes têm de ser efectuadas de imediato, no sentido de conservar a vida e membros.

2.4 – VISITA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Costa et al. (2010) referem que as fantasias vividas pelo doente enquanto espera pela cirurgia, o medo da anestesia, da invalidez e até da morte (considerados riscos iminentes de uma cirurgia), podem interferir no curso do processo de cirurgia em si mas também da sua recuperação. Nesse sentido, e citando Camio et al (1995) lembram que para o doente, o acto cirúrgico é um dos momentos mais críticos no processo terapêutico devido ao medo do desconhecido, à complexidade do procedimento e ao próprio risco.

Como o acto anestésico e a própria cirurgia são elementos causadores de grande ansiedade para o doente, a Visita Pré-Operatória de Enfermagem (VEPO), deve ser efectuada, a todos os doentes, antes da cirurgia de maneira a prepará-los convenientemente. Como referem Barbosa e Radomile (2006) citando Ruiz-Lopez et al. (2000), a preparação psicológica da visita pré-anestésica tem grande influência positiva no estado emocional do paciente, podendo-se observar no mesmo a diminuição da ansiedade pré-operatória. Toniol e Macedo (2007) inferiram no seu estudo que das orientações dadas na VEPO, 60% dos entrevistados referiram que um dos aspectos mais positivos na visita foram as orientações pós-operatórias, nomeadamente em relação “à dor pós-operatória e desconforto, presença de drenos, acordar da anestesia, e que ao lembrarem-se dessas orientações conseguiram superar melhor e ficar mais tranquilos pois haviam sido orientados para tal”. Também Gomes (2009) cita Dawson (2003) defendendo que o principal objectivo dos cuidados de enfermagem no pré-operatório é “facultar ao doente e familiares a compreensão e preparação da experiência cirúrgica”. É pertinente pelo facto de reduzir a ansiedade do doente mas também pelo pedido à participação do doente em todo o processo, contribuindo para uma adequada recuperação do doente no período pós-operatório.

Pinto (2007) faz referência a um estudo de Ferreira e Magalhães (2002) onde foi verificado que as sensações negativas mais referenciadas pelos doentes foram “a ansiedade, o medo de não acordar, o sentimento de morte eminente, o medo da dor”. Christóforo e Carvalho (2009) referem mesmo que a visita do enfermeiro no período pré-operatório costuma ser o procedimento mais importante no alívio destes sentimentos.

Assim sendo, a VEPO tem como objectivo reduzir a ansiedade do doente face ao acto anestésico e à intervenção cirúrgica. Sempre que possível, esta deve ser feita na véspera da cirurgia no intuito de transmitir uma sensação de protecção e segurança ao doente. Santos (2008) refere que o enfermeiro deve estabelecer uma relação empática com o doente de modo a transmitir-lhe total disponibilidade para o ouvir e ajudar. O estabelecimento desta relação

funcionará como um meio facilitador de suporte psico-emocional ao doente, permitindo a redução da ansiedade, e transmitir-lhe também alguma segurança e controlo sobre a situação, tendo em conta que é nesta fase que o doente se encontra mais fragilizado. No seu estudo, o autor verificou que os doentes submetidos à VEPO tinham menor ansiedade que os doentes do grupo de controlo, citando ainda alguns doentes que referiram “sentir-se mais descansados por verem uma cara conhecida”, identificando o “seu enfermeiro de referência” por os ter visitado no dia anterior. O mesmo autor cita Lourenço (2004) afirmando que “a visita pré-operatória pode ser considerada como uma atitude personalizada e de humanização dos cuidados de saúde dos nossos hospitais. O enfermeiro é a pedra basilar dessa humanização, uma vez que é o elemento de contacto mais íntimo e contínuo com o utente”.

A VEPO visa globalmente tranquilizar o doente na procura de uma melhoria do seu bem-estar num ambiente novo e hostil, assumindo um papel importante na relação enfermeiro/doente permitindo ao enfermeiro ter uma melhor percepção dos problemas do doente podendo este solicitar uma intervenção ou ajuda interdisciplinar.

Citando Pais (2011) “a visita pré-operatória é o primeiro passo no processo cirúrgico, representando uma importante ferramenta na tentativa de satisfazer as necessidades físicas e emocionais do paciente, buscando minimizar sentimentos que possam prejudicar o seu pós-operatório, como o medo do desconhecido e da morte, ansiedade, e outros. A visita pré-operatória funciona como um importante elo da comunicação entre o enfermeiro e paciente, na tentativa de minimizar os riscos de complicações no período pós-operatório”.

Assim sendo, consideramos que com a VEPO encetamos o acolhimento do doente no bloco operatório, que se preconiza como um processo contínuo e dinâmico mas também favorável ao desenvolvimento de uma relação de ajuda com mais humanização. Fonseca (2010) salienta que a VEPO é “uma acção desempenhada pelos enfermeiros com sucesso na redução da ansiedade, na colaboração pós-cirúrgica, na redução de complicações, etc.”. A mesma autora refere ainda ser uma acção de extrema importância na actuação dos enfermeiros que se preocupam com os seus doentes “numa perspectiva holística”. No seu estudo, a autora inferiu que nos doentes que receberam VEPO no período pré-operatório, houve uma diminuição significativa dos valores tensionais e da frequência cardíaca. O aumento da tensão arterial e da frequência cardíaca são sinais da situação ansiogénica provocada pela proximidade da cirurgia. Os doentes pertencentes ao grupo de estudo que não receberam VEPO, tiveram um aumento significativo desses valores.

Gomes (2009) fortalece a ideia de que as informações transmitidas e toda a preparação efectuada no pré-operatório têm demonstrado benefícios para o doente e influencia a sua

resposta no pós-operatório. Potter e Perry (1999), citado pela mesma autora, “reforçam que a visita pré-operatória melhora a capacidade física, permite o retorno precoce às actividades diárias e diminui o tempo de internamento; reduz a ansiedade proporcionando uma sensação de bem-estar evidenciando-se na diminuição das quantidades de analgésicos”.

Pinto (2009) finaliza alegando ainda que a VEPO viabiliza o planeamento de uma assistência integral, individualizada, documentada e contínua no período perioperatório contribuindo assim para a diminuição dos riscos cirúrgicos a que o doente está exposto e consequentemente contribui também para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Na mesma linha, Juan (2007) considera a VEPO como uma intervenção psicológica citando Rawl et al (2002) que concluem que este tipo de intervenção proporciona melhoras na qualidade de vida do doente tendo em conta que diminui grau de ansiedade e ao mesmo tempo aumentam o sentimento de bem-estar mental do doente. É assim uma maneira de o doente lidar melhor com a situação em que se encontra.

Gomes (2009) cita Cabral (2004) que num estudo por si realizado concluiu que “a VEPO tem repercussões muito positivas ao nível: da equipa de enfermagem, pela informação, estabilidade e proporcionar cuidados mais humanizados; do doente e família, pela diminuição dos medos e angústias que assombram esta experiência única e pessoal que é a intervenção cirúrgica”. Verificou ainda que “a proporção de doentes com medo em relação ao prognóstico, anestesia, rejeição familiar, serviço e morte, diminuiu após a VEPO”.

3 – METODOLOGIA

A fase metodológica constitui uma etapa de precisão e planeamento. Esta fase serve, principalmente, para demonstrar a verdade, pois nada é deixado ao acaso e é impossível improvisar.

Neste estudo, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objectivos. Para os atingir, efectivámos uma revisão bibliográfica, a qual permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de seleccionar o que nos pareceu mais pertinente e actual.

A selecção da amostra a estudar, enquadrou-se no propósito de realizar um estudo analítico, descritivo-correlacional, transversal que permitisse testar as questões de investigação.

Apesar de todo o avanço tecnológico e científico na medicina, para aqueles que necessitam de uma intervenção cirúrgica ainda existem “receios” não só da anestesia mas também da cirurgia que lhes provoca imensos sentimentos desde incerteza, medo do desconhecido, ansiedade e até mesmo medo da dor e da morte.

Neste sentido, equacionam-se a seguintes questões de investigações:

- Que tipo de conhecimentos sobre o acto anestésico o doente manifesta no período pré-operatório?
- Qual o nível de ansiedade do doente no período pré-operatório?
- Que variáveis influenciam a ansiedade do doente no período pré-operatório?

3.1 – OBJECTIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo precisando as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação, (FORTIN, 2009).

Nesse sentido, delineamos um conjunto de objectivos que procuram obter respostas às questões de investigação:

- Avaliar o nível de ansiedade do doente.
- Determinar o tipo de conhecimentos sobre o acto cirúrgico descritos pelo doente.

- Verificar se as variáveis sociodemográficas têm efeito significativo na ansiedade do doente.
- Analisar a relação entre as variáveis clínicas e a ansiedade do doente no período pré-operatório.
- Analisar a relação entre os conhecimentos que o doente tem sobre o acto anestésico a ansiedade.

Face aos objectivos descritos elaboramos as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – *Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado Civil, Zona de Residência, Religião e Habilitações Literárias/Académicas) e o nível de ansiedade do doente no período pré-operatório;*

Hipótese 2 – *As variáveis clínicas têm efeito significativo no nível de ansiedade do doente no período pré-operatório;*

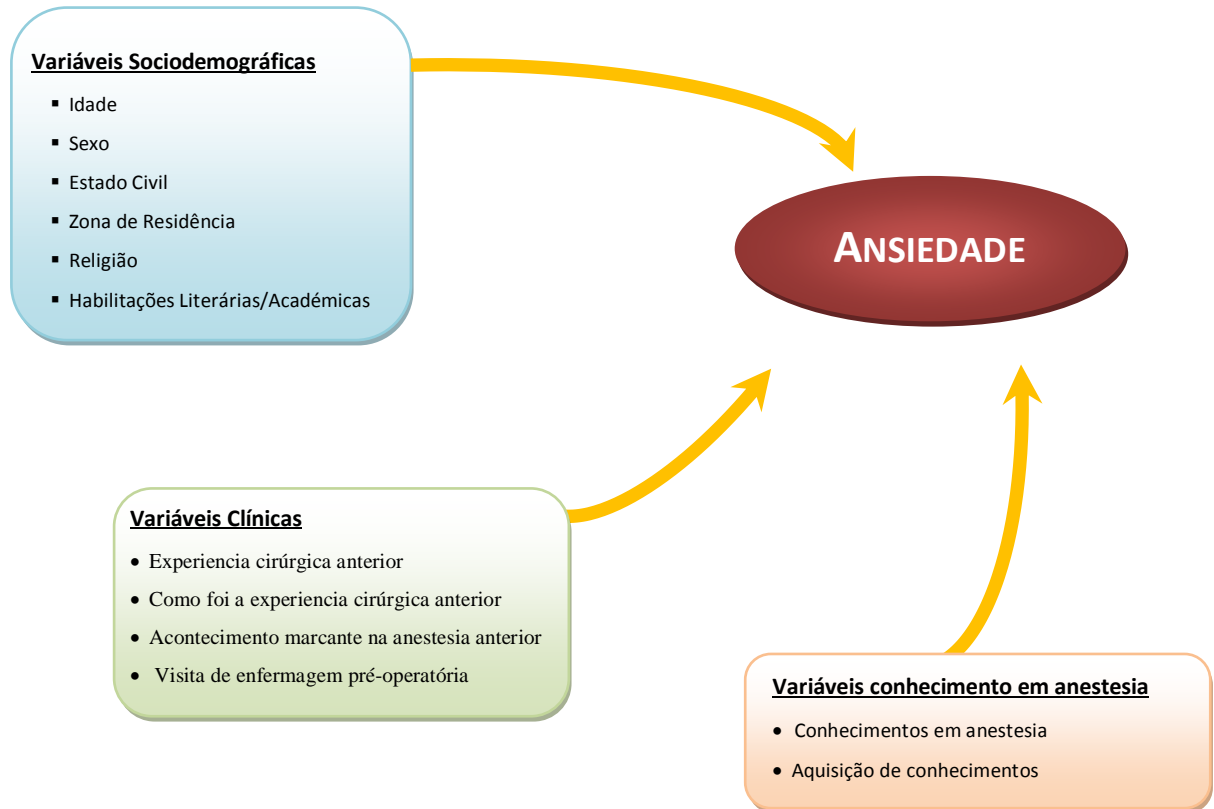
Hipótese 3 – *Os conhecimentos sobre o acto anestésico têm efeito significativo no nível de ansiedade do doente no período pré-operatório;*

3.2 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O desenho de investigação insere-se no âmbito das investigações obrigacionais, ao permitir compreender o fenómeno a estudar (FORTIN, 2009).

Nesta perspectiva e tendo em conta a revisão teórica, objectivos e as hipóteses delineados, elaboramos uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estudar entre as variáveis, (cf. Figura 1).

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis



3.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para o nosso estudo, como forma de obtenção de dados e mensuração das diferentes variáveis, foi organizado um instrumento de colheita de dados (cf. Anexo 1) que permitiu recolher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação.

O instrumento é constituído por quatro partes:

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

Os dados biográficos visam a caracterização dos doentes cirúrgicos a nível da idade, sexo, estado civil, zona de residência, religião e habilitações literárias/académicas.

Parte II – Caracterização Clínica

Os dados clínicos caracterizam os doentes, nomeadamente sobre a experiência cirúrgica anterior, ocorrência de experiência cirúrgica anterior, registo de acontecimento marcante na anestesia anterior e se tiveram a visita de enfermagem pré-operatória.

Parte III – Caracterização dos conhecimentos sobre anestesia

Os conhecimentos foram avaliados através de um conjunto de 19 questões onde se avaliou se o doente cirúrgico no período pré-operatório responde sim ou não perante as afirmações, ou se não sabe\ou não responde, sendo atribuído 2 pontos à resposta sim, 1 ponto à resposta não e zero pontos quando não sabe ou não responde. O *score* final pode oscilar entre 0 e 38, em que quanto maior a pontuação obtida pelos doentes, melhores são os conhecimentos relativos ao acto anestésico.

Quadro 1 – Cotação dos itens referentes aos conhecimentos sobre o acto anestésico

	Sim	Não	Não sabe\ Não respondeu
1) A anestesia é o acto de adormecer?	2	1	0
2) Existem vários tipos de anestesia?	2	1	0
3) São necessários medicamentos anestésicos para a pessoa adormecer?	2	1	0
4) No início da anestesia é colocada uma máscara na cara?	2	1	0
5) Durante a anestesia, é necessário estar ligado a um ventilador para respirar?	2	1	0
6) Para ser anestesiada, a pessoa tem que estar “amarrada” e de braços “abertos”?	2	1	0
7) Durante a cirurgia a pessoa está deitada e semi-nua?	2	1	0
Quais os Efeitos secundários da anestesia:			
8) Náuseas e vômitos?	2	1	0
9) Dor ao acordar?	2	1	0
10) Sensação de frio ao acordar?	2	1	0
11) Sonolência pós anestesia?	2	1	0
12) Sensação de falta de força ao acordar?	2	1	0
13) Durante a anestesia a pessoa não sente “nada” nem tem dor?	2	1	0
14) A pessoa pode acordar durante a cirurgia?	2	1	0
15) A anestesia pode acabar antes de terminar a cirurgia?	2	1	0
16) A anestesia dura o tempo da intervenção cirúrgica?	2	1	0
17) O risco de morte está associado ao período de anestesia?	2	1	0
18) A anestesia produz esquecimento ou perda de memória?	1	2	0
19) O efeito anestésico só termina quando a pessoa a “vomita”?	1	2	0

Parte IV – Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung (Ponciano, Vaz Serra e Relvas, 1982).

A ansiedade é um conceito que tem sido utilizado nos mais variados propósitos. Em Psicologia e Psiquiatria, tem sido referido a condições de impulso, de estímulo perturbador, de resposta, de emoção ou complexo de emoções e ainda a traço de personalidade ou estados clínicos (Ponciano, Vaz Serra e Relvas, 1982).

Na Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung, é pedido a cada indivíduo que avalie cada sintoma como estando presente em quatro termos quantitativos: nenhuma ou raras vezes (1), algumas vezes (2), uma boa parte do tempo (3) e a maior parte ou a totalidade do tempo (4).

Quanto menos ansioso está o indivíduo menor é a pontuação da escala e, naturalmente, quanto mais ansioso, maior se torna o número de pontos obtido, (Ponciano, Vaz Serra e Relvas, 1982).

A escala procura registar quatro componentes de ansiedade, de natureza cognitiva, vegetativa, motora e do SNC.

O *componente cognitivo* é constituído pelas questões 1, 2, 3, 4 e 5 e contem afirmações como, por exemplo, “Sinto-me mais nervoso e ansioso do que costume” (Questão 1) ou “Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico” (Questão 3). Os valores podem variar de um mínimo de 4 pontos até um máximo de 20 pontos.

O *componente vegetativo* é formado pelas questões que vão desde a questão 10 até 18, inclusive, e tem referências como “Sinto o meu coração a bater mais depressa” (Questão 10) ou “Tenho de esvaziar a bexiga com frequência” (Questão 16). O valor máximo do componente é 36 pontos.

O *componente motor* é composto pelas questões 6, 7, 8 e 9, de que se pode citar os exemplos “Sinto os braços e as pernas a tremerem” (Questão 6), ou “Sinto-me fraco e fico facilmente cansado” (Questão 8). Os valores podem oscilar entre 4 a um máximo de 16 pontos.

O componente *Sistema Nervoso Central* está representado apenas por duas questões, a 19 e a 20. A questão 19 menciona “Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite” a qual, como se observa, tem valores mais altos em função da sua ordenação negativa. A questão 20 refere “Tenho pesadelos”. O valor máximo do componente é 8 pontos.

As questões 5, 9, 13, 17 e 19 devem ser contadas de forma inversa.

Com o objectivo de determinar a adequação da Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung, aplicado na presente investigação, procedemos à averiguação da consistência interna do mesmo, de forma a determinar a fidelidade do instrumento utilizado.

Quanto aos valores de alfa de cronbach¹ são classificados de razoáveis ($\alpha=0.771$), variando entre 0.748 (itens 8 e 10) e 0.782 (item 17 - As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes), (cf. Apêndice 1).

Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades “*split half*”² que se obtém dividindo a escala em duas metades e relacionando-a uma com a outra notamos que os valores de alfa de cronbach se revelaram ligeiramente mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.771) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.715 e para o segundo de 0.609, (cf. Apêndice 1).

Aliás este índice tem tendência a produzir valores de fiabilidade mais baixos uma vez que tem em consideração um número mais reduzido de itens.

3.4 – PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

Após a colheita de dados, efectuamos uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado a sua codificação e tabulação de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais (Absolutas (N) e Percentuais (%)), algumas medidas de tendência central ou de localização (Médias \bar{x} ; Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação³ (CV)), para além de medidas de simetria⁴ e achatamento⁵, de acordo com as características das variáveis em estudo.

¹ Os valores de referência do alfa de Cronbach, indicam que valores inferiores a 0,6 são inadmissíveis, entre 0,6 e 0,7 são fracos, 0,7 e 0,8 são razoáveis, entre 0,8 e 0,9 são classificados como bons e superiores a 0,9 são muito bons (Pestana & Gageiro, 2005)

² O split-half apura metade dos itens de uma determinada escala é tão consistente como a outra metade da escala. (Maroco, 2007)

³ O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis, devendo os resultados serem interpretados do seguinte modo: 0%-15% dispersão baixa; 16%-30% dispersão moderada e >30% dispersão alta (Pestana & Gageiro, 2005)

⁴ Quando $[\text{Skewness}/\text{std}_{\text{Error}}] < 1,96$, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo, sendo curva simétrica. Por sua vez, quando $[\text{Skewness}/\text{std}_{\text{Error}}] > 1,96$ estamos perante uma curva assimétrica, (Pestana & Gageiro, 2005), (Pestana & Gageiro, 2005)

⁵ Uma distribuição pode ser: Mesocúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] < 1,96$; Platicúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] < -1,96$ ou Leptocúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] > 1,96$, (Pestana & Gageiro, 2005)

No que respeita à **estatística inferencial**, fizemos uso da estatística paramétrica, e para estudo de proporções de estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (MAROCO, 2007).

Na estatística paramétrica foi utilizado o Teste de Qui Quadrado (χ^2).

Os Testes Não Paramétricos empregados na presente investigação foram o Teste de Kruskal-Wallis e o Teste de U Mann Whitney.

Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de *r* que, por convenção, Pestana & Gageiro (2005) sugerem que:

$0.2 \leq r < 0.39$	associação baixa
$0.4 < r < 0.69$	associação moderada
$0.7 < r < 0.89$	associação alta
$0.9 < r \leq 1$	associação muito alta

No estudo das inferências estatísticas, utilizámos os seguintes níveis de significância:

$p \geq 0.05$	não significativo (n.s.)
$p < 0.05^*$	significativo
$p < 0.01^{**}$	bastante significativo
$p < 0.001^{***}$	altamente significativo

(FORTIN, 2009)

O tratamento estatístico foi efectuado informaticamente através do programa (Statistical Package for the Social Science) SPSS versão 19.0 para o Windows.

A apresentação dos resultados é feita através de quadros e gráficos, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem por que foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

Expostas as considerações metodológicas procede-se à apresentação e análise dos resultados.

4 – RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respectivo tratamento estatístico. Em primeiro lugar, será abordada a caracterização da amostra, posteriormente realizada a análise inferencial.

4.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A técnica de amostragem utilizada no presente estudo, integra-se na amostragem não probabilística⁶, tendo a amostra ficado constituída por 180 doentes. A selecção de doentes decorreu nos serviços de Cirurgia 1 e Cirurgia 2, do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE (CHTV), unidade de Viseu, nos meses de Abril e Maio de 2011. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos, serem doentes com proposta de intervenção cirúrgica programada na especialidade de cirurgia geral e terem aceitado participar neste estudo. Como critérios de exclusão, consideramos o doente ser portador de patologia psiquiátrica ou défice neurológico.

A análise sócio demográfica revelou que, número de doentes é predominantemente do sexo feminino é mais elevado (55.6%), (cf. Quadro 3).

A idade dos doentes oscila entre os 18 e os 87 anos, com uma idade média de 57.25 anos (Dp=16.865). A média de idade das mulheres é mais baixa do que a dos homens (\bar{x} =54.65 vs \bar{x} =60.50), verificamos que as diferenças são estatisticamente significativas (U=3234,0; Z=-2.206; p=0.027), ou seja os homens são mais velhos que as mulheres, (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Estatísticas relativas à idade do doente em função do sexo

IDADE	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Feminino	100	18	87	54,65	17,761	-0,701	-1,914	32,50
Masculino	80	18	85	60,50	15,162	-2,9256	0,319	25,06
Total	180	18	87	57,25	16,865	-2,393	-1,917	29,46

⁷ U=3234,0; Z=-2,206; p=0,027*

⁶ Neste tipo de amostragem, a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas podem, ou não, ser representativas da população em estudo. Apesar de a amostragem probabilística ser preferida à não probabilística, em muitas investigações não é possível, prático ou mesmo desejável obter este tipo de amostras, pelo que o investigador tem que optar por métodos não aleatórios de amostragem, (MAROCO, 2007)

⁷ Teste U de Mann-Whitney

No que se refere ao **estado civil**, a maioria é casado ou a viver em união de facto (73.9%), 17.2% estão divorciados ou viúvos e os restantes 8.9% são solteiros. No sexo masculino existe um maior número de pessoas casadas face ao sexo feminino (81.2% vs 68.0), contudo o teste Qui-Quadrado, revelou diferenças não significativas ($\chi^2=4.049$, $p=0.132$), (cf. Quadro 3).

Reportando-nos à **zona de residência**, 62.2% vive em zona rural e 37.8% em meio urbano, os valores em ambos os sexos são idênticos aos da amostra total, não existindo diferenças significativas, ($\chi^2=2.610$, $p=0.106$), (cf. Quadro 3).

Inferimos que a maioria dos doentes tem a 4ª Classe (48.9%), 15.0% o 12º Ano de escolaridade, 12.8% tem um curso superior e 3.3% não sabe ler nem escrever. Apesar de as mulheres estarem mais representadas no curso superior face aos homens (16.0% vs 8.8%), as diferenças não são estatisticamente significativas (teste Qui-Quadrado: $p>0.05$), (cf. Quadro 3).

A maioria dos doentes tem como **religião** a católica (93.3%), não se observando diferenças significativas entre os homens e as mulheres ($\chi^2=0.209$; $p=0.901$), (cf. Quadro 3):

Quadro 3 – Características sociodemográficas em função do sexo dos doentes

	Sexo		Total			
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
	100	55,6	80	44,4	180	100,0
ESTADO CIVIL (N=180)						
Casado/união de facto	68	68,0	65	81,2	133	73,9
Solteiro	11	11,0	5	6,3	16	8,9
Divorciado/viúvo	21	21,0	10	12,5	31	17,2
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=4,049$; $p=0,132$						
ZONA DE RESIDÊNCIA (N=180)						
Urbano	43	43,0	25	31,3	68	37,8
Rural	57	57,0	55	68,7	112	62,2
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=2,610$; $p=0,106$						
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (N=180)						
Não sabe ler nem escrever	5	5,0	1	1,2	6	3,3
4ª Classe	42	42,0	46	57,5	88	48,9
6º Ano	7	7,0	8	10,0	15	8,3
9º Ano	14	14,0	7	8,8	21	11,7
12º Ano	16	16,0	11	13,7	27	15,0
Curso Superior	16	16,0	7	8,8	23	12,8
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=7,567$; $p=0,182$						
RELIGIÃO (N=180)						
Católico	93	93,0	75	93,8	168	93,3
Outra religião	2	2,0	2	2,4	4	2,2
Não tem	5	5,0	3	3,8	8	4,4
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,209$; $p=0,901$						

Perfil Sociodemográfico dos doentes

O perfil sociodemográfico dos doentes, revelou um indivíduo do sexo feminino (55.6%), com cerca de 57 anos, casado/união de facto (73.9%), a residir em meio rural (62.2%), com a 4ª Classe (48.9%) e católico (93.3%).

4.2 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Apurámos que a maioria dos doentes já foi operado pelo menos uma vez (64.4%), sendo que as mulheres já tiverem mais **experiência cirúrgica** face aos homens (69.0% vs 58.7%). O resultado do teste Qui-Quadrado revelou que as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2=2.038$; $p=0.153$), (cf. Quadro 4).

Dos doentes que já foram operados (116 doentes) na maioria, o **tipo de cirurgia** foi programada (62.9%) e 18.1% foi em situação de urgência. Os homens foram operados mais vezes de urgência (19.1% vs 17.4%), contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($\chi^2=0.853$; $p=0.653$), (cf. Quadro 4).

Relativamente à **experiência anestésica anterior**, para 73.3% dos doentes foi boa, 24.1% classificam-na de razoável e apenas 2.6% entendem que foi negativa. Os resultados obtidos em ambos os sexos são idênticos ao da amostra total, sendo as diferenças não significativas ($\chi^2= 2.631$; $p=0.268$), (cf. Quadro 4).

Face à existência de algum **acontecimento marcante na anestesia anterior**, a maioria dos doentes não teve qualquer acontecimento marcante (83.6%), sendo o sexo independente da variável acontecimento marcante na anestesia anterior ($\chi^2= 0.753$; $p=0.385$), (cf. Quadro 4).

A maioria dos doentes teve **visita de enfermagem pré-operatória** (59.4%), sendo que os homens tiveram mais vezes a visita pré-operatória face as mulheres (62.5% vs 57.0%), contudo as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2= 0.558$; $p=0.455$), (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Características clínicas dos doentes em função do sexo

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA ANTERIOR (N=180)						
Não	31	31,0	33	41,3	64	35,6
Sim	69	69,0	47	58,7	116	64,4
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=2,038$; $p=0,153$						
TIPO DE CIRURGIA (N=116)						
Urgência	12	17,4	9	19,1	21	18,1
Programada	42	60,9	31	66,0	73	62,9
Urgência e programada	15	21,7	7	14,9	22	19,0
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,853$; $p=0,653$						
EXPERIÊNCIA ANESTÉSICA (N=116)						
Boa	48	69,6	37	78,7	85	73,3
Razoável	18	26,1	10	21,3	28	24,1
Má	3	4,3	-	-	3	2,6
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=2,631$; $p=0,268$						
ACONTECIMENTO MARCANTE NA ANESTESIA ANTERIOR (N=116)						
Não	56	81,2	41	87,2	97	83,6
Sim	13	18,8	6	12,8	19	16,4
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,753$; $p=0,385$						
VISITA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA (N=180)						
Não	43	43,0	30	37,5	73	40,6
Sim	57	57,0	50	62,5	107	59,4
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,558$; $p=0,455$						

O número de cirurgias dos doentes em média foi de 2.05 (Dp=1.229), com uma dispersão elevada em torno da média. A média de cirurgias nas mulheres é mais elevada que nos homens ($\bar{x}=2.20$ vs $\bar{x}=1.83$), sendo que pelo resultado do Teste U de Mann Whitney verificamos que as diferenças não são estatisticamente significativas (U=1387.0; Z=-1.398; $p=0.162$), (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Estatísticas relativas ao número de cirurgias dos doentes em função do sexo

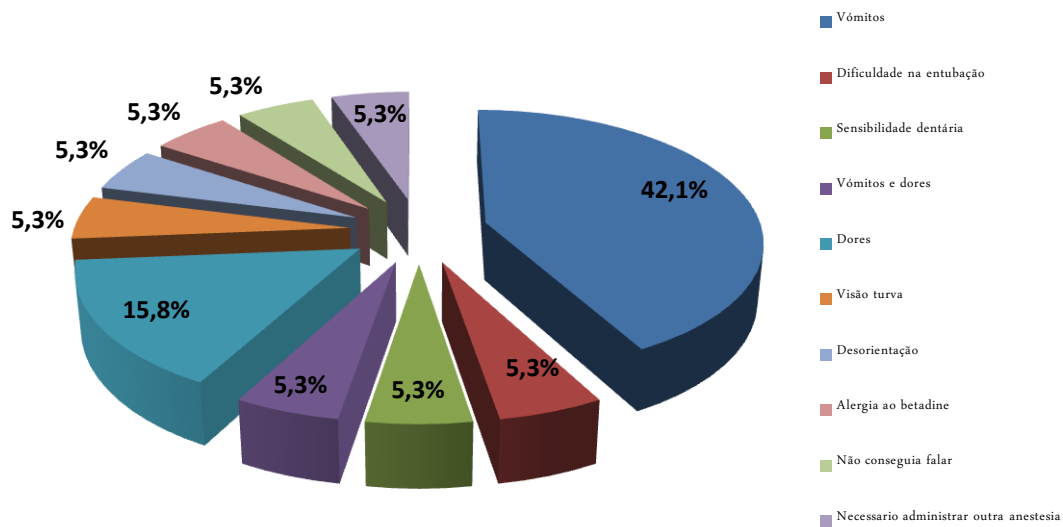
	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Feminino	69	1	6	2,20	1,324	3,408	0,498	60,18
Masculino	47	1	5	1,83	1,049	4,084	2,743	57,32
Total	116	1	6	2,05	1,229	5,151	1,747	59,95

⁸ U=1387,0; Z=-1,398; $p=0,162$

Analisados os acontecimentos secundários ocorridos após a anestesia anterior em 19 doentes, constatamos que 42.1% (n=8) dos doentes tiveram “vómitos” e 15.8% (n=3) sentiram “dores” (cf. Gráfico 1).

⁸ Teste U de Mann-Whitney

Gráfico 1 – Efeitos secundários ocorridos após a anestesia



Perfil Clínico

Os doentes já tiveram experiências cirúrgicas (64.4%), sendo operados aproximadamente 2 vezes, em regime de cirurgia programada (62.9%), receberam visita do enfermeiro do bloco operatório no âmbito do cuidar em enfermagem pré-operatória (59.4%), com uma boa experiência anestésica (73.3%) e sem qualquer ocorrência de acontecimento pós anestésico (83.6%).

4.3 – CARACTERIZAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DOS DOENTES

A maioria dos doentes refere possuir **conhecimentos sobre o acto anestésico** (69.4%), nas mulheres essa percentagem é maior face aos homens (73.0% vs 65.0%), contudo o teste Qui-Quadrado revela que as diferenças entre os sexos não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1.341$; $p = 0.247$), (cf. Quadro 6).

Os conhecimentos que os doentes possuem foram adquiridos maioritariamente junto dos profissionais de saúde (28,8%), 27.2% junto de familiares e amigos e 20.8% através do diálogo com outros doentes. Os valores no sexo masculino e feminino são idênticos ao da amostra global, verificando-se através do teste estatístico que as variáveis em análise são independentes ($p > 0.05$), (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Características dos conhecimentos sobre o acto anestésico dos doentes

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
POSSUEM CONHECIMENTOS SOBRE O ACTO ANESTÉSICO? (N=180)						
Sim	73	73,0	52	65,0	125	69,4
Não	27	27,0	28	35,0	55	30,6
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=1,341$; p=0,247						
COMO FORAM ADQUIRIDOS OS CONHECIMENTOS (N=125)						
Profissionais de Saúde	23	31,9	13	24,5	36	28,8
Diálogo com outros doentes	14	19,4	12	22,7	26	20,8
Familiares e amigos	21	29,2	13	24,5	34	27,2
Pesquisa própria	4	5,6	6	11,3	10	8,0
Experiência anterior	10	13,9	9	17,0	19	15,2
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=2,435$; p=0,656						

Relativamente às questões colocadas aos doentes acerca dos conhecimentos sobre o acto anestésico, observamos que 43.2% sabe que a *anestesia é o acto de adormecer*, 21.6% sabe que *são necessários medicamentos anestésicos para a pessoa adormecer*, 16.8% entende que *existe risco de associado ao acto anestésico*, 19.2% sabe que é incorrecto pensar que o *efeito anestésico só termina quando a pessoa o vomita*.

A maioria desconhecia que durante a anestesia é *colocada uma mascara na cara* (93.6%), sendo necessário *estar ligado a um ventilador* (89.6%) e a *pessoa tem que estar deitada e semi-nua* (98.4%), (cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Resultados referentes aos conhecimentos sobre o acto anestésico

	Sim		Não		Não sabe\ Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%
1) A anestesia é o acto de adormecer?	54	43,2	71	56,8	0	0,0
2) Existem vários tipos de anestesia?	22	17,6	103	82,4	0	0,0
3) São necessários medicamentos anestésicos para a pessoa adormecer?	27	21,6	98	78,4	0	0,0
4) No início da anestesia é colocada uma máscara na cara?	8	6,4	117	93,6	0	0,0
5) Durante a anestesia, é necessário estar ligado a um ventilador para respirar?	13	10,4	112	89,6	0	0,0
6) Para ser anestesiada, a pessoa tem que estar “amarrada” e de braços “abertos”?	21	16,8	104	83,2	0	0,0
7) Durante a cirurgia a pessoa está deitada e semi-nua?	2	1,6	123	98,4	0	0,0
Quais os Efeitos secundários da anestesia:						
8) Náuseas e vômitos?	3	2,4	122	97,6	0	0,0
9) Dor ao acordar?	22	17,6	103	82,4	0	0,0
10) Sensação de frio ao acordar?	4	3,2	121	96,8	0	0,0
11) Sonolência pós anestesia?	5	4,0	120	96,0	0	0,0
12) Sensação de falta de força ao acordar?	1	0,8	124	99,2	0	0,0
13) Durante a anestesia a pessoa não sente nada nem tem dor?	27	21,6	98	78,4	0	0,0
14) A pessoa pode acordar durante a cirurgia?	6	4,8	119	95,2	0	0,0
15) A anestesia pode acabar antes de terminar a cirurgia?	2	1,6	123	98,4	0	0,0
16) A anestesia dura o tempo da intervenção cirúrgica?	3	2,4	122	97,6	0	0,0
17) O risco de morte está associado ao período de anestesia?	21	16,8	104	83,2	0	0,0
18) A anestesia produz esquecimento ou perda de memória?	2	1,6	123	98,4	0	0,0
19) O efeito anestésico só termina quando a pessoa a “vomita”?	24	19,2	101	80,8	0	0,0

A análise dos conhecimentos dos doentes, operacionalizada para o total denota terem variado entre um mínimo de 19 e um máximo de 26, com um valor médio de 21,75 ($Dp=1,490$) e com uma dispersão baixa em torno da média. Constatamos ainda que os conhecimentos são semelhantes entre homens e mulheres ($U=1898,0$; $Z=-0,001$; $p=0,999$), (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre o acto anestésico em função do sexo

	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Feminino	73	19	26	21,77	1,585	2,555	0,921	7,28
Masculino	52	19	26	21,73	1,359	2,587	1,680	6,25
Total	125	19	26	21,75	1,490	3,511	1,597	6,851

Teste U de Mann-Whitney: $U=1898,0$; $Z=-0,001$; $p=0,999$

Após termos calculado o valor total dos conhecimentos, procuramos avaliar o nível de conhecimentos agrupando-os, tendo sido concebidos através da fórmula ($\bar{x} \pm 0.25$ Amplitude InterQuartilica), (Pestana & Gageiro, 2005)

Do resultado obtido adoptar-se-á a seguinte classificação:

- **Fracos Conhecimentos** ≤ 21.25
- **Razoáveis Conhecimentos** $> 21.25 > M > 22.25$
- **Bons Conhecimentos** ≥ 22.25

Após a criação destes três grupos, constatamos que 50.4% dos doentes apresenta fracos conhecimentos globais acerca do acto anestésico, em 27.2% são bons e 22.4% são razoáveis. As mulheres apresentam uma percentagem superior de bons conhecimentos comparadas com os homens (28.8% vs 25.0%), contudo, as diferenças entre os sexos não são estatisticamente significativas ($\chi^2=0.218$, $p=0.897$), (cf. Quadro 9).

Quadro 9 – Classificação dos conhecimentos dos doentes

	Sexo	Feminino (n=73)		Masculino (n=52)		Total	
		n	%	n	%	n	%
CONHECIMENTOS RELATIVOS AO ACTO ANESTÉSICO (N=125)							
Fracos (≤ 21.25)		36	49.3	27	51.9	63	50.4
Razoáveis (21.25 – 22.25)		16	21.9	12	23.1	28	22.4
Bons (≥ 22.25)		21	28.8	13	25.0	34	27.2
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0.218$; $p=0.897$							

Nível de conhecimentos sobre o acto anestésico

A maioria dos doentes refere ter conhecimentos sobre o acto anestésico (69.4%), adquiridos através de profissionais de saúde (28.8%), sendo que apenas 27.2% tem bons conhecimentos.

4.4 – CARACTERIZAÇÃO DA ANSIEDADE

Ao maior score corresponde maior ansiedade (maior número de pontos), ou seja, quanto mais ansioso está o indivíduo maior é a pontuação, (Ponciano, Vaz Serra e Relvas, 1982).

As estatísticas relativas à escala da ansiedade revelam, que o valor médio obtido na totalidade da amostra foi de 35.89 (Dp=7.142), oscilando os valores entre um mínimo de 20 e um máximo de 65, sendo a distribuição moderada em torno da média (CV=19.9%).

Relativamente ao **sexo**, as mulheres apresentam, em média ($\bar{x}=37.39$), maior ansiedade do que os homens ($\bar{x}=34.01$), com diferenças estatísticas significativas (Teste U de Mann Whitney: $U=2852.5$; $Z=-3.308$; $p=0.001$), (cf. Quadro 10).

Ao analisarmos os resultados relativos à *Ansiedade cognitiva*, *ansiedade vegetativa*, *ansiedade motora* e *ansiedade do sistema nervoso central*, inferimos que são os doentes do sexo feminino que apresentam em média maior sintomatologia ansiosa nestes quatro factores, sendo as diferenças estatisticamente significativas na *Ansiedade Cognitiva* ($U=3001.0$; $Z=-2.906$; $p=0.004$), *Ansiedade Motora* ($U=3051.5$; $Z=-2.763$; $p=0.006$) e na *Ansiedade do Sistema Nervoso Central* ($U=2390.5$; $Z=-4.772$; $p=0.000$) e não significativa na *Ansiedade Vegetativa* ($p>0.05$), (cf. Quadro 10).

Quadro 10 – Caracterização da Ansiedade

	Min	Max	Méd	dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	
ANSIEDADE COGNITIVA								U de Mann Whitney
Feminino	5	16	8,87	2,436	1,954	0,211	27,46	U=3001,0; Z=-2,906; p=0,004**
Masculino	5	15	7,90	1,946	4,033	4,255	24,63	
Total	5	16	8,44	2,277	4,088	1,742	26,98	
ANSIEDADE VEGETATIVA								U de Mann Whitney
Feminino	10	27	16,47	3,454	1,195	-0,349	20,97	U=3544,0; Z=-1,319; p=0,187
Masculino	9	29	15,86	3,824	2,892	2,789	24,11	
Total	9	29	16,20	3,625	2,807	1,639	22,38	
ANSIEDADE MOTORA								U de Mann Whitney
Feminino	4	15	7,61	2,197	3,187	1,709	28,87	U=3051,5; Z=-2,763; p=0,006**
Masculino	4	12	6,79	2,054	3,230	0,430	30,25	
Total	4	15	7,24	2,168	4,392	1,517	29,94	
ANSIEDADE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL								U de Mann Whitney
Feminino	2	8	4,44	1,452	1,008	-0,531	32,70	U=2390,5; Z=-4,772; p=0,000***
Masculino	2	5	3,46	0,913	-0,527	-1,498	26,38	
Total	2	8	4,01	1,331	2,961	0,736	33,19	
ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)								U de Mann Whitney
Feminino	24	65	37,39	6,972	3,353	3,747	18,65	U=2852,5; Z=-3,308; p=0,001**
Masculino	20	58	34,01	6,946	2,609	2,954	20,42	
Total	20	65	35,89	7,142	3,828	4,139	19,90	

A ansiedade foi classificada em três grupos: Leve, Moderada e Elevada, através da fórmula $\bar{x} \pm 0.25$ Amplitude InterQuartilica, para a constituição dos grupos.

Do resultado obtido adoptar-se-á a seguinte classificação:

- **Leve Ansiedade** $\leq 33,89$
- **Moderada Ansiedade** $> 33,89 > M > 35,89$
- **Elevada Ansiedade** $\geq 35,89$

Verificamos que a maioria dos doentes cirúrgicos pontuou com elevado nível de ansiedade (51.7%), 39,4% com nível de ansiedade leve e os restantes 8.9% estão no nível moderado. As mulheres apresentam níveis de ansiedade mais elevado que os homens (62.0% vs 38.7%) sendo as diferenças entre os sexos estatisticamente bastante significativas ($\chi^2=9.938$, $p=0.007$), ou seja, o sexo influencia a ansiedade dos doentes, (cf. Quadro 11).

Quadro 11 – Características da ansiedade por níveis em função do sexo

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
ANSIEDADE POR NÍVEIS (N=180)						
Leve Ansiedade ($\leq 33,89$)	30	30,0	41	51,3	71	39,4
Moderada Ansiedade [33,90 – 35,88]	8	8,0	8	10,0	16	8,9
Elevada Ansiedade ($\geq 35,89$)	62	62,0	31	38,7	93	51,7
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=9,938$; $p=0,007^{**}$						

No que concerne à relação do **Estado civil com a Ansiedade (nota global e factores)**, depreendemos que os doentes solteiros têm menor ansiedade (Peso médio=82.09) e os divorciados/viúvos têm maiores níveis de ansiedade (Peso médio=99.90). O teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças não são estatisticamente significativas quer na ansiedade (nota global) ($H=1.499$, $p=0.473$), quer nos factores ($p>0.05$), ou seja o estado civil é independente da ansiedade, (cf. Quadro 12).

Relativamente à **Religião**, verificamos que os doentes que são católicos apresentam um valor médio mais elevado, logo têm ansiedade mais alta (Peso médio=91.12). Contudo as diferenças estatísticas encontradas não são significativas quer nos quatro factores e na nota global da Ansiedade ($H=0.417$, $p=0.812$), (cf. Quadro 12).

As variações da ansiedade em função das **Habilitações literárias** (teste de Kruskal-Wallis), revelou que os doentes que não sabem ler nem escrever têm maior ansiedade (Peso médio=134.83), por sua vez, os que têm o 6º Ano são os que pontuam com scores mais baixos (Peso médio=67.40). As diferenças encontradas são significativas com a ansiedade (nota global) ($H=12.949$, $p=0.024$), considerando-se que a ansiedade dos doentes é influenciada pelas habilitações literárias do doente cirúrgico no período pré-operatório, (cf. Quadro 12).

Relativamente aos factores da ansiedade, observamos que na ansiedade cognitiva e motora são os doentes com o 6º Ano que têm menor ansiedade, e na ansiedade vegetativa e do sistema nervoso central os doentes que não sabem ler nem escrever são os mais ansiosos. As diferenças encontradas nos quatro factores da ansiedade são estatisticamente significativas (Ansiedade cognitiva: $H=11.410$; $p=0,044$; Ansiedade vegetativa: $H=14.707$; $p=0,012$;

Ansiedade motora: $H=18.195$; $p=0,003$ e Ansiedade SNC: $H=17.667$; $p=0,003$), (cf. Quadro 12).

Quadro 12 – Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil, a religião e as habilitações literárias com a ansiedade

ESTADO CIVIL (N=180)	Casado/união de facto (n=133)	Solteiro (n=16)	Divorciado/viúvo (n=31)		Teste de Kruskal-Wallis			
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p		
ANSIEDADE COGNITIVA	86,76	108,47	84,39		2,405	0,300		
ANSIEDADE VEGETATIVA	89,53	80,88	99,65		1,562	0,458		
ANSIEDADE MOTORA	87,55	80,59	108,29		4,730	0,094		
ANSIEDADE DO SNC	89,70	75,09	101,89		3,087	0,214		
ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)	89,32	82,09	99,90		1,499	0,473		
RELIGIÃO (N=180)	Católica (n=168)	Outra religião (n=4)	Não tem (n=8)		Teste de Kruskal-Wallis			
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p		
ANSIEDADE COGNITIVA	90,01	81,38	105,38		0,806	0,668		
ANSIEDADE VEGETATIVA	91,77	84,73	67,06		1,794	0,408		
ANSIEDADE MOTORA	90,80	78,75	90,13		0,214	0,408		
ANSIEDADE DO SNC	91,20	69,50	86,31		0,776	0,898		
ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)	91,12	86,88	79,25		0,417	0,812		
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (N=180)	Não sabe ler nem escrever (n=6)	4ª Classe (n=88)	6ª Ano (n=15)	9º Ano (n=21)	12º Ano (n=27)	Curso Superior (n=23)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
ANSIEDADE COGNITIVA	107,67	83,06	63,70	15,93	103,50	102,61	11,410	0,044*
ANSIEDADE VEGETATIVA	125,33	102,24	78,20	83,45	74,59	69,63	14,707	0,012*
ANSIEDADE MOTORA	159,25	97,84	68,50	77,52	83,17	79,28	18,195	0,003**
ANSIEDADE DO SNC	106,17	103,29	91,29	57,48	76,28	83,96	17,667	0,003**
ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)	134,83	99,66	67,40	82,95	81,11	76,85	12,949	0,024*

O estudo da relação da **Residência** com a **Ansiedade (nota global e factores)** baseado no Teste U de Mann Whitney, sugere que os doentes que residem em meio rural apresentam maior nível de ansiedade face aos que habitam em zona urbana (Ordenação média=92.08 vs Ordenação média=87.90), contudo as diferenças não são significativas ($U=3631.0$; $Z=-0.523$; $p=0.601$), (cf. Quadro 13).

Nos factores *ansiedade cognitiva* e *ansiedade do sistema nervoso central* são os doentes do meio urbano a apresentarem maiores níveis de ansiedade, sendo que na ansiedade vegetativa e motora têm menor ansiedade quando comparados com os doentes que habitam no meio rural. Contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas nos quatro factores da ansiedade ($p>0,05$), (cf. Quadro 13).

Quadro 13 – Teste de U de Mann Whitney entre a residência e a ansiedade

RESIDÊNCIA (N=180)	Urbano (n=68)	Rural (n=112)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
ANSIEDADE COGNITIVA	93,46	88,71	3607,0	-0,599	0,549
ANSIEDADE VEGETATIVA	88,18	91,91	3650,5	-0,467	0,641
ANSIEDADE MOTORA	87,61	92,25	3611,5	-0,587	0,557
ANSIEDADE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	92,60	89,22	3665,0	-0,435	0,664
ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)	87,90	92,08	3631,0	-0,523	0,601

Quanto à sintomatologia ansiosa em função da **experiência cirúrgica anterior por parte dos doentes**, inferimos que os doentes que já foram operados têm maior ansiedade (Ordenação média=92.57 vs Ordenação média=86.75), contudo as diferenças não são significativas (Ansiedade U=3472.0; Z=-0.718; p=0.473), (cf. Quadro 14).

Ao indagarmos da relação com a variável **acontecimento marcante na anestesia anterior**, verificamos que os doentes que tiveram algum acontecimento marcante apresentam maior ansiedade quer nos factores, quer na nota global. O teste U de Mann Whitney revelou que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas quer nos factores, quer na nota global da ansiedade (U=889.0; Z=-0.243; p=0.808), ou seja, a sintomatologia ansiosa que os doentes apresentam é independente dos acontecimentos marcantes anteriores, (cf. Quadro 14).

Relativamente à **visita de enfermagem pré-operatória**, inferimos que os doentes que não tiveram esta visita têm valores médios superiores de ansiedade no score global e componentes face aos doentes que possuíram a visita de enfermagem pré-operatória. Sendo as diferenças encontradas não significativas ($p>0.05$), (cf. Quadro 14).

Quadro 14 – Teste de U de Mann Whitney entre as variáveis clínicas e a ansiedade

EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA ANTERIOR (N=180)	Não (n=64)	Sim (n=1169)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
ANSIEDADE COGNITIVA	91,76	89,81	3631,5	-0,243	0,808
ANSIEDADE VEGETATIVA	86,75	92,57	3472,0	-0,720	0,471
ANSIEDADE MOTORA	88,57	91,56	3588,5	-0,373	0,709
ANSIEDADE DO SNC	82,60	94,86	3206,5	-1,556	0,120
ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)	86,75	92,57	3472,0	-0,718	0,473
ACONTECIMENTO MARCANTE NA ANESTESIA ANTERIOR (N=116)	Não (n=97)	Sim (n=19)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
ANSIEDADE COGNITIVA	58,06	60,76	878,5	-0,324	0,746
ANSIEDADE VEGETATIVA	58,86	56,68	887,0	-0,258	0,796
ANSIEDADE MOTORA	59,01	55,92	872,5	-0,370	0,711
ANSIEDADE DO SNC	58,03	60,89	876,0	-0,349	0,727
ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)	58,16	60,21	889,0	-0,243	0,808
VISITA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA (N=180)	Não (n=73)	Sim (n=107)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
ANSIEDADE COGNITIVA	96,88	86,14	3439,5	-1,372	0,170
ANSIEDADE VEGETATIVA	96,10	86,68	3497,0	-1,196	0,232
ANSIEDADE MOTORA	92,84	88,91	3735,0	-0,503	0,615
ANSIEDADE DO SNC	97,32	85,85	3407,5	-1,494	0,135
ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)	96,88	86,15	3440,0	-1,358	0,174

O Tipo de cirurgia versus a Ansiedade (nota global e factores), depreendemos que os doentes que foram operados de urgência apresentam sintomatologia depressiva mais elevada quer nos factores, quer na nota global. O teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças não são estatisticamente significativas quer na ansiedade (nota global) ($H=0.374$, $p=0.829$), quer nos factores ($p>0.05$), ou seja, as variáveis em estudo são independentes, (cf. Quadro 15).

Observamos que os doentes que **tiveram uma experiência anestésica** razoável apresentam em média mais sintomatologia ansiosa, e os que consideraram ter tido uma má experiência têm menos ansiedade (Peso médio=68.41 vs Peso médio=49.00). No entanto constatamos que a experiência anestésica é independente da sintomatologia ansiosa, ($H=3.326$; $p=0.190$), (cf. Quadro 15).

Quadro 15 – Teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis clínicas e a ansiedade

TIPO DE CIRURGIA (N=116)	Urgência (n=21)	Programada (n=73)	Urgência e programada (n=22)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
ANSIEDADE COGNITIVA	63,64	56,34	60,77	0,913	0,633
ANSIEDADE VEGETATIVA	58,40	60,72	51,23	1,358	0,507
ANSIEDADE MOTORA	56,33	59,75	56,41	0,281	0,869
ANSIEDADE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	63,19	57,94	55,89	0,594	0,743
ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)	58,90	59,56	54,59	0,374	0,829
EXPERIÊNCIA ANESTÉSICA (N=116)	Boa (n=85)	Razoável (n=28)	Má (n=3)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
ANSIEDADE COGNITIVA	55,54	67,27	60,67	2,632	0,268
ANSIEDADE VEGETATIVA	56,44	67,63	31,67	4,327	0,115
ANSIEDADE MOTORA	57,68	59,70	70,50	0,480	0,787
ANSIEDADE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	56,84	63,71	57,00	0,939	0,625
ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)	55,57	68,41	49,00	3,326	0,190

A **Idade**, associa-se de forma inversa com a ansiedade cognitiva, ou seja, quando a idade aumenta diminui a ansiedade cognitiva ($r=-0.173$; $p=0.020$). Nos restantes factores e na nota global a associação é positiva ou seja, ao aumentar a idade aumenta a sintomatologia ansiosa dos doentes. Os resultados são estatisticamente significativos nos factores com a *Ansiedade cognitiva* ($r=-0.173$; $p=0.020$), *ansiedade vegetativa* ($r=0.324$; $p=0.000$), *ansiedade motora* ($r=0.234$; $p=0.002$), *ansiedade do sistema nervoso central* ($r=0.280$; $p=0.000$) e na nota global da Ansiedade ($r=0,233$; $p=0.002$), (cf. Quadro 16).

Os valores de t são explicativos quer para a *Ansiedade cognitiva*, *ansiedade vegetativa*, *ansiedade motora*, *ansiedade do sistema nervoso central* e na nota global da Ansiedade, explicando à idade respectivamente 2.9%, 10.5%, 5.5%, 7.8% e 5.4% da variância da ansiedade, pelo que inferimos que a ansiedade é mais elevada em doentes mais velhos, (cf. Quadro 16).

Observamos uma associação positiva entre **o número de cirurgias e a ansiedade** (nota global e factores), excepto na ansiedade cognitiva onde a associação é inversa, ou seja, à medida que é maior o número de cirurgias realizadas, mais elevada é a ansiedade. As associações são muito baixas, variando entre $r=0.008$ e $r=0.158$, o valor de t revelou que as associações não são significativas quer nos factores quer na nota global da ansiedade ($p>0.05$), ou seja, a ansiedade dos doentes é independente do número de cirurgia, (cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Análise de regressão linear simples entre a idade, o número de cirurgias e o acto anestésico

		r	r ² (%)	p	t	p
IDADE (N=180)	ANSIEDADE COGNITIVA	-0,173	2,9	0,020*	-2,338	0,020*
	ANSIEDADE VEGETATIVA	0,324	10,5	0,000***	4,574	0,000***
	ANSIEDADE MOTORA	0,234	5,5	0,002**	3,210	0,002**
	ANSIEDADE DO SNC	0,280	7,8	0,000***	3,899	0,000***
	ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)	0,233	5,4	0,002**	3,194	0,002**
		r	r ² (%)	p	t	p
NÚMERO DE CIRURGIAS (N=116)	ANSIEDADE COGNITIVA	-0,042	0,2	0,652	-0,452	0,652
	ANSIEDADE VEGETATIVA	0,027	0,07	0,770	0,294	0,770
	ANSIEDADE MOTORA	0,008	0,01	0,934	0,084	0,934
	ANSIEDADE DO SNC	0,158	2,49	0,090	1,708	0,090
	ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)	0,034	0,12	0,717	0,363	0,717

A análise da relação entre a **Ansiedade (nota global e factores) e a aquisição de conhecimentos** realizada através do teste Kruskal-Wallis, revela que os doentes que adquiriram conhecimentos através do diálogo com outros doentes têm maior ansiedade vegetativa (Peso médio=87.50) e maior ansiedade global (Peso médio=78.90). Os doentes que obtiveram os conhecimentos junto a familiares e amigos têm menor ansiedade vegetativa (Peso médio=51.74), do que os que obtiveram conhecimentos pela experiência cirúrgica anterior têm menor ansiedade global (Peso médio=53.55). Sendo, estas diferenças estatisticamente significativas apenas na ansiedade vegetativa (H=18.893; p=0,002), na ansiedade global (H=7.085; p=0.131), e nos restantes factores da ansiedade não são estatisticamente significativas, (cf. Quadro 17).

Quadro 17 – Resultado do Teste de Kruskal-Wallis entre a aquisição de conhecimentos e a ansiedade

COMO FORAM ADQUIRIDOS OS CONHECIMENTOS (N=125)	Profissionais de Saúde (n=36)	Diálogo com outros doentes (n=26)	Familiares e amigos (n=34)	Pesquisa própria (n=10)	Experiência anterior (n=19)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
ANSIEDADE COGNITIVA	66,92	64,79	65,53	53,65	53,53	2,661	0,616
ANSIEDADE VEGETATIVA	59,39	87,50	51,74	68,55	53,55	17,219	0,002**
ANSIEDADE MOTORA	63,06	78,21	55,40	67,35	53,39	7,745	0,101
ANSIEDADE DO SNC	61,10	67,85	62,78	53,40	65,42	1,425	0,840
ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)	61,97	78,90	56,68	62,50	54,76	7,085	0,131

O estudo da relação da ansiedade com os **conhecimentos dos doentes sobre o acto anestésico (por grupos)** mostra que os doentes com conhecimentos de nível bom manifestam ansiedade global, sendo as diferenças estatisticamente não significativas, quer nos factores, quer na nota global da ansiedade, ($p>0.05$), (cf. Quadro 18).

Quadro 18 – Resultado do Teste de Kruskal-Wallis entre os níveis de conhecimentos e a ansiedade

NÍVEIS DE CONHECIMENTOS	Fracos (n=63)	Razoáveis (n=28)	Bons (n=34)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
ANSIEDADE <i>COGNITIVA</i>	61,80	61,00	66,87	0,551	0,759
ANSIEDADE <i>VEGETATIVA</i>	63,38	61,05	63,90	0,110	0,947
ANSIEDADE <i>MOTORA</i>	64,71	63,45	59,46	0,481	0,786
ANSIEDADE DO <i>SNC</i>	63,74	67,66	57,79	1,257	0,533
ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)	64,29	62,23	61,25	0,172	0,918

4.5 – RESULTADOS DO TESTE DE HIPOTHESES

Seguidamente, iremos procurar responder às hipóteses que nortearam a presente investigação, de forma a conseguir atingir os objectivos delineados.

Hipótese 1 – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e o nível de ansiedade do doente no período pré-operatório;

Iniciando o estudo da influência das variáveis sociodemográficas na ansiedade pré-operatória dos doentes, verificamos que as mulheres se encontram mais ansiosas que os homens, sendo as diferenças significativas ($U=2852.5$; $Z= -3.308$; $p=0.001$), ou seja, o **sexo** influencia no nível de ansiedade do doente no período pré-operatório, (cf. Quadro 10),

Quando aprofundamos o estudo da ansiedade (por grupos), observamos que as mulheres estão mais representadas na ansiedade elevada face aos homens (62.0% vs 38.7%), com diferenças bastante significativas ($\chi^2=9.995$, $p=0.007$), (cf. Quadro 11).

Os doentes solteiros têm menor ansiedade, contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas entre os grupos do **estado civil** e a ansiedade do doente no período pré-operatória, ($H=1.499$, $p=0.473$), (cf. Quadro 12).

A ansiedade dos doentes revelou ser independente da **religião** que estes apresentam antes de serem operados ($H=0.417$, $p=0.812$), (cf. Quadro 12).

Quanto às **habilitações literárias**, os doentes que não sabem ler nem escrever manifestam maior ansiedade pré-operatória, e os que têm o 6º ano menor sintomatologia ansiosa, sendo as diferenças estatisticamente significativas, ($H=12.949$, $p=0.024$), (cf. Quadro 12).

Os doentes que **residem** em meio rural apresentam maior nível de ansiedade ($\bar{x}=35.98$ vs $\bar{x}=35.74$), contudo as variáveis são independentes, ($U=3665.0$; $Z=-0.435$; $p=0.664$), (cf. Quadro 13).

Quanto à **Idade**, observa-se que quando aumenta a idade dos doentes aumenta a ansiedade ($r=0,233$; $p=0.002$), revelando o valor de t que a idade explica 5.4% da variância da ansiedade (nota global), (cf. Quadro 16).

Desta forma, infere-se que a ansiedade pré-operatória sofre influência do sexo, das habilitações literárias e da idade dos doentes.

Hipótese 2 – As variáveis clínicas têm efeito significativo no nível de ansiedade do doente no período pré-operatório;

Quando analisamos a ansiedade em função da **experiência cirúrgica anterior**, inferimos que os doentes que já foram operados têm menos ansiedade, contudo as variáveis em estudo são independentes ($U=3472.0$; $Z=-0.718$; $p=0.473$), (cf. Quadro 14).

A existência de um **acontecimento marcante na anestesia anterior** provoca maior ansiedade aos doentes, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas ($U=889.0$; $Z=-243$; $p=0.808$), (cf. Quadro 14).

Os doentes que têm **visita de enfermagem pré-operatória** têm menor sintomatologia ansiosa, contudo verificamos que as variáveis são independentes ($p>0.05$), (cf. Quadro 14).

Aprofundámos este estudo analisando os níveis de ansiedade, observámos que os doentes que não tiveram visita de enfermagem pré-operatória, apresentam níveis de ansiedade menos elevados que os doentes que tiveram visita (54.8% vs 49.5%), no entanto as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2=0.756$, $p=0.685$), ou seja, a ansiedade não sofre influência da visita de enfermagem pré-operatória, (cf. Quadro 19).

Quadro 19 – Características da ansiedade por níveis em função da visita de enfermagem pré-operatória

	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
ANSIEDADE POR NÍVEIS (N=180)						
Baixa Ansiedade ($\leq 33,89$)	26	35,6	45	42,1	71	39,4
Moderada Ansiedade [33,90 – 35,88]	7	9,6	9	8,4	16	8,9
Alta Ansiedade ($\geq 35,89$)	40	54,8	53	49,5	93	51,7
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,756$; $p=0,685$ n.s						

No que concerne ao **Tipo de cirurgia**, verificamos que não se relacionou significativamente com a ansiedade do doente no período pré-operatório ($H=0.374$, $p=0.829$), (cf. Quadro 15).

Os doentes que relatam uma experiência anestésica anterior razoável são os que têm maior ansiedade, sendo que as diferenças não são significativas ($H=3.326$; $p=0.190$), (cf. Quadro 15).

Quanto maior o número de cirurgias maior a ansiedade dos doentes, contudo o valor de t reforçou que as diferenças não são significativas ($t=0.363$; $p=0.717$), (cf. Quadro 16).

Inferimos que o nível de ansiedade do doente no período pré-operatório é independente das variáveis clínicas.

Hipótese 3 – Os conhecimentos sobre o acto anestésico têm efeito significativo no nível de ansiedade do doente no período pré-operatório

A **aquisição de conhecimentos** é maioritariamente realizada junto de outros doentes e este grupo de doentes pontuou com mais sintomatologia ansiosa (ansiedade global) ($H=7.085$; $p=0.131$) e vegetativa contudo as diferenças apenas são significativas na ansiedade vegetativa ($H=17.219$; $p=0.002$), (cf. Quadro 17).

A ansiedade revelou ser independente dos **conhecimentos dos doentes sobre o acto anestésico** ($H=0.172$; $p=0,918$), (cf. Quadro 18).

Analisámos ainda os **conhecimentos dos doentes sobre o acto anestésico através da regressão linear com a ansiedade** (nota global e factores), em todos os factores e na nota global da ansiedade a associação é positiva, ou seja, quanto maiores os conhecimentos sobre o acto anestésico maior é a sintomatologia ansiosa. Apenas na ansiedade cognitiva a associação é inversa, ou seja quanto melhores conhecimentos menor ansiedade cognitiva apresentam os doentes cirúrgicos no período pré-operatório. As associações são muito baixas, variando entre $r=0.018$ e $r=0.069$, revelando o valor de t as associações não significativas quer nos factores quer na nota global da ansiedade ($p>0.05$), ou seja, a ansiedade dos doentes é independente dos conhecimentos sobre o acto anestésico, (cf. Quadro 20).

Quadro 20 – Análise de regressão linear simples entre os conhecimentos em anestesia e a ansiedade

		r	r ² (%)	p	t	p
CONHECIMENTOS SOBRE O ACTO ANESTÉSICO (N=125)	ANSIEDADE COGNITIVA	-0,023	0,1	0,799	-0,255	0,799
	ANSIEDADE VEGETATIVA	0,069	0,5	0,444	0,768	0,444
	ANSIEDADE MOTORA	0,018	0,03	0,842	0,200	0,842
	ANSIEDADE DO SNC	0,065	0,4	0,471	0,724	0,471
	ANSIEDADE (NOTA GLOBAL)	0,043	0,2	0,636	0,474	0,636

Conclui-se que o nível de ansiedade não sofre influência dos conhecimentos sobre o acto anestésico que os doentes possuem.

5 – DISCUSSÃO

A discussão dos resultados é um dos pontos mais importantes de todo o processo de investigação. Iremos tecer um breve comentário dos resultados e no seguimento confrontar os resultados obtidos com os encontrados por outros investigadores, tendo em conta o quadro de referência apresentado na fundamentação teórica.

5.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Desenvolver um trabalho metodológico rígido e científico foi uma das nossas apreensões desde o princípio da conceptualização do estudo e a metodologia utilizada foi a que, nos pareceu mais apropriada para procurarmos responder à questão de investigação.

No entanto, durante o desenvolvimento desta pesquisa, confrontámo-nos com algumas dificuldades metodológicas que passamos a enumerar.

No contexto da fundamentação teórica, constatámos que o número de estudos publicados em Portugal sobre a ansiedade pré-operatória era escassa assim como sobre a visita de enfermagem pré-operatória. Apesar da parca bibliografia encontrada fazer referência à importância da visita de enfermagem pré-operatória na redução da ansiedade do doente no período pré-operatório, no nosso estudo inferimos que o número de doentes alvo da visita de enfermagem pré-operatória, não foi significativa quando confrontado com outros estudos.

A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística, podendo esta condicionar os resultados obtidos, uma vez que poderá a amostra não ser representativa da população, contudo pela dificuldade da obtenção de questionários foi a preferida.

Ambicionando seguir uma atitude ética e digna, foi nosso propósito adequar a nossa conduta em todo o processo de investigação. Para aplicar o instrumento de colheita de dados, solicitámos autorização ao Conselho de Administração do CHTV - EPE, unidade de Viseu através de um ofício (Anexo II). Aos doentes que constituíram a nossa amostra, pedimos o consentimento assinado para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados (Anexo III). Também pedimos autorização aos autores da Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung para a podermos usar no nosso estudo (Anexo IV).

No que respeita à fidelidade do instrumento de colheita de dados, a análise efectuada às características psicométricas do instrumento permitiu apurar que a consistência interna para a Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung revelou uma razoável consistência interna

($\alpha=0.771$). Escolhemos a Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung, aferida numa amostra para a população portuguesa por Ponciano, Vaz Serra e Relvas (1982). De acordo com os autores, esta escala foi elaborada de forma a avaliar a ansiedade-estado numa amostra de população portuguesa de indivíduos normais, indo de encontro ao nosso estudo.

Embora nos tenhamos deparado com alguns contratemplos, consideramos que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo que desenvolvemos, assim como termos conseguido atingir com sucesso os objectivos traçados com este estudo, nomeadamente: avaliar o nível de ansiedade dos doentes; determinar o tipo de conhecimentos sobre o acto anestésico relatados pelos doentes; verificar se as variáveis sociodemográficas têm efeito significativo na ansiedade dos doentes; analisar a relação entre as variáveis clínicas e a ansiedade do doente no período pré-operatório; analisar a relação entre a ansiedade e os conhecimentos que os doentes têm sobre o acto anestésico.

Apesar do objectivo principal do nosso estudo ser analisar a ansiedade do doente no período pré-operatório, tivemos em linha de conta outras variáveis tais como as de carácter sociodemográfico, de avaliação clínica e de avaliação de conhecimentos sobre o acto anestésico.

5.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A nossa amostra é constituída por indivíduos do sexo feminino (55.6%), com cerca de 57 anos, casados/união de facto (73.9%), a residir em meio rural (62.2%), com a 4ª Classe (48.9%) e católico (93.3%).

A análise das **variáveis clínicas**, revelou que os doentes já tiveram experiências cirúrgicas (64.4%), sendo operados aproximadamente 2 vezes, em regime de cirurgia programada (62.9%), tiveram visita de enfermagem pré-operatória (59.4%), com uma boa experiência anestésica (73.3%) e sem qualquer acontecimento pós-anestésico (83.6%).

Em relação aos **conhecimentos sobre o acto anestésico**, a maioria dos doentes tem conhecimentos anestésicos (69.4%), adquiridos através de profissionais de saúde (28.8%), e apenas 27.2% dos doentes tem bons conhecimentos sobre o acto anestésico.

Dando resposta ao objectivo de **verificar se as variáveis sociodemográficas têm efeito significativo na ansiedade dos doentes**, inferimos que a ansiedade pré-operatória sofre influência do sexo, das habilitações literárias e da idade dos doentes. Relativamente ao sexo, as nossas inferências vão de encontro aos estudos de Vaz Serra, Ponciano e Relvas (1982),

Peniche (2005), Barbosa e Radomile (2006) ao citarem uma pesquisa comparativa de Ruiz-lópez et al. (2000), Ribeiro (2007) e Torrati (2009) onde se observa que as mulheres apresentam níveis de ansiedade superiores aos homens. Relacionando a idade com a ansiedade, contrariamente ao nosso estudo, Peniche (2005) e Torrati (2009) apontam para a inexistência de relação entre as variáveis. Em relação às habilitações literárias, os nossos resultados vão de encontro aos obtidos por Torrati (2009) mas contrariamente ao de Peniche (2005) que não encontrou relação estatisticamente significativa.

Considera-se que das variáveis sociodemográficas, a ansiedade pré-operatória sofre influência do sexo, das habilitações literárias e da idade.

Inferimos também que os doentes que já foram operados têm menos ansiedade e que a existência de um **acontecimento marcante no acto anestésico anterior** provoca maior ansiedade aos doentes. Ainda que não tenham apresentado valores estatisticamente significativos, as nossas inferências contrariam alguns estudos, nomeadamente Fighera e Viero (2005), Medeiros e Peniche (2006), Ribeiro (2007), Caumo et al., 2001 citado por Ciuro (2009), Gomes (2009) e Pritchard (2010) ao inferirem que independentemente de o doente ter passado por experiências cirúrgicas com acontecimentos marcantes ou não, a experiência prévia do acto cirúrgico não ameniza o medo e a ansiedade surge.

Inferimos ainda que os doentes que receberam **visita de enfermagem pré-operatória** pontuaram em menor sintomatologia ansiosa, contudo as diferenças são insignificantes. Com resultados superiores aos nossos, Toniol e Macedo (2007), Santos (2008), Christóforo e Carvalho (2009), Gomes (2009), Pinto (2009), Fonseca (2010) e Pais (2011) concluíram que a visita de enfermagem pré-operatória reduz a ansiedade, salientando a promoção de um suporte emocional e cuidados mais humanizados. Na análise da relação entre **o número de cirurgias e a ansiedade** (nota global e factores) excepto ansiedade cognitiva onde a associação é inversa, observamos associações positivas e muito baixas ($r=0.008$ e $r=0.158$, $p>0.05$), ou seja, a ansiedade dos doentes é independente do número de cirurgias.

Em síntese, o nível de ansiedade do doente no período pré-operatório é independente das variáveis clínicas.

Considerando os objectivos relacionados com a **aquisição de conhecimentos**, inferimos que 69.4% dos doentes referiram ter conhecimentos sobre o acto anestésico, adquiridos através de profissionais de saúde (28.8%), os doentes que adquirem conhecimentos junto de outros doentes têm maior ansiedade vegetativa e apenas 27.2% têm bons conhecimentos sobre o acto anestésico. As nossas ilações vão ao encontro dos resultados evidenciados por Gomes (2009) e Fonseca (2010).

Da **análise da relação** entre os conhecimentos dos doentes sobre o acto anestésico (por grupos) e a ansiedade, apurámos que os doentes com bons conhecimentos têm menor ansiedade, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas quer nos factores quer na nota global da ansiedade logo o nível de ansiedade não sofre influência dos conhecimentos

Resultados diferentes aos nossos são assinalados no estudo de Ribeiro (2007) onde faz referência a Leitão (1992) inferindo que os doentes com pontuação de scores de ansiedade mais baixos, possuem melhores conhecimentos.

6 – CONCLUSÕES

A ansiedade pré-operatória é comumente observada durante as avaliações de um doente, sendo que os seus diferentes níveis variam de pessoa para pessoa. O medo do desconhecido, da anestesia, de morrer e até o ambiente hospitalar hostil contribuem para gerar um determinado grau de ansiedade.

Muitos estudos têm valorizado a compreensão deste complexo processo bioquímico no corpo, analisando desde o facto de a ansiedade diminuir a resposta imunológica do doente, atrasar a sua recuperação.

A ansiedade pode alterar a forma como uma pessoa pensa, sente e age. Ao nível fisiológico, pode alterar os sinais vitais de um doente, já que existe relação entre a ansiedade e a libertação de adrenalina para a corrente sanguínea, causando constrição dos vasos, aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e até da temperatura corporal.

A Visita de Enfermagem Pré-Operatória tem como objectivo reduzir a ansiedade do doente face ao acto anestésico e à intervenção cirúrgica. Sempre que possível, esta deve ser feita na véspera da cirurgia no intuito de transmitir uma sensação de protecção e segurança ao doente. A humanização do atendimento em saúde é mais do que uma tendência. É uma realidade, que veio para ficar e esta acção humaniza os cuidados prestados ao doente.

Santos (2008) refere que o enfermeiro deve estabelecer uma relação empática com o doente de modo a transmitir-lhe total disponibilidade para o ouvir e ajudar. O estabelecimento desta relação funcionará como um meio facilitador de suporte psico-emocional ao doente, permitindo a redução da ansiedade, e transmitir-lhe também alguma segurança e controlo sobre a situação, tendo em conta que é nesta fase que o doente se encontra mais fragilizado.

Qualquer doente ao ser submetido a uma intervenção cirúrgica por mais pequena que seja, e em que condições seja efectuada, desencadeia sempre um processo ansioso. O indivíduo terá de se adaptar a uma situação nova da sua existência, num mundo hostil, sem saber muitas das vezes, neste contexto, a doença que lhe atormenta ao corpo mas também a alma.

A ansiedade está presente quando o indivíduo percebe algum perigo ou ameaça, avalia cognitivamente essa situação levando-o a um sentimento de apreensão, percepção de perigo iminente e ainda a activação de sistemas psicofisiológicos (Graziani, 2005, citado por CRUZ, 2008).

Assim, neste estudo a colheita de dados foi realizada pela selecção de forma não probabilística, de 180 doentes, propostos para cirurgia programada nos serviços de cirurgia 1 e cirurgia 2 do CHTV, EPE, unidade de Viseu, nos meses de Abril e Maio.

Na amostra 55.6% são doentes do sexo feminino e 44.4% do sexo masculino. A média das idades foi de 57 anos, 73.9% são casados/união de facto, 62.2% residem em meio rural e 48.9% referem ter a 4ª Classe.

Neste estudo, inferimos que a ansiedade estado pré-operatória sofre influência do sexo, prevalecendo nas mulheres (47.0%) com ansiedade alta face aos homens (31.2%), com diferenças bastante significativas; das habilitações literárias em que os doentes que não sabem ler nem escrever (3.3%) manifestam maior ansiedade pré-operatória; e da idade, observando-se que quando aumenta a idade, aumenta a ansiedade. Inferimos ainda que os doentes detentores de visita de enfermagem pré-operatória (59.4%) têm menor sintomatologia ansiosa e melhores conhecimentos.

Inferimos ainda que a maioria dos doentes já tiveram experiências cirúrgicas e 59.4% tiveram visita de enfermagem pré-operatória. Os conhecimentos sobre o acto anestésico foram maioritariamente adquiridos através de profissionais de saúde (28.8 %), constatando-se que apenas 27.2% dos doentes têm bons conhecimentos sobre o acto anestésico.

A ansiedade estado avaliada no período pré-operatório sofreu influência do sexo (mais elevada nas mulheres com 47.0%), das habilitações literárias (mais grave nos doentes com baixa literacia) e da idade (mais elevada nos doentes mais velhos); os doentes detentores de visita de enfermagem pré-operatória têm menor sintomatologia ansiosa e melhores conhecimentos.

Como forma de divulgação dos resultados inferidos neste estudo, em conjunto com duas colegas do Curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, elaborámos um poster intitulado "*Conhecimentos, Medos, Crenças e Mitos do Doente Cirúrgico sobre o Acto Anestésico*" tendo sido apresentado no *I Congresso de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Este congresso decorreu nos dias 20, 21 e 22 de Outubro do presente ano na Escola Superior de Saúde de Viseu, tendo o mesmo sido classificado em terceiro lugar (cf. Anexo IV).

Pelo exposto nesse trabalho considera-se necessário que o enfermeiro tenha consciência da importância desses dados para que possa haver uma relação enfermeiro / doente de respeito e confiança, trazendo conforto ao doente e credibilidade ao profissional.

Assim, acreditamos que esta pesquisa servirá de instrumento para os enfermeiros no seu desenvolvimento de acções expressivas, acções voltadas para o cuidar do doente que precisa essencialmente de atenção e carinho.

Sendo a visita de enfermagem pré-operatória o momento ideal para a preparação psicológica dos doentes, para a individualização dos cuidados e para o ensino relativo ao pós-operatório imediato, estamos convictos da necessidade contínua em sensibilizar os enfermeiros do bloco operatório para a interiorização da importância deste momento único para o doente, mostrando que no bloco operatório se prestam cuidados personalizados e humanizados, essência do cuidar no Bloco Operatório.

Consideramos de extrema importância a implementação da visita de enfermagem pré-operatória de forma sistematizada e incluir na mesma a avaliação da ansiedade do doente, bem como o planeamento de intervenções para a debelar. Como tal, em face dos resultados do estudo considera-se que os mesmos sustentam a necessidade de sessões de formação no sentido de sensibilizar e motivar os enfermeiros na continuação desta acção vital que é a visita de enfermagem pré-operatória.

Este estudo permitiu compreender melhor a temática “*A ansiedade do doente no período pré-operatório*”.

Paula Cristina Gaspar Lopes

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, Vanessa Cristina; RADOMILE, Maria Eugénia – Ansiedade pré-operatória no hospital geral. 2006. Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte, Jan-Jun 2006, Ano 2, n.3. [Em linha]. [Consult. 5 Setembro 2011]. Disponível em http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n3_45.pdf

BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith – **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005. ISBN 85-277-1057-9.

CIURO, Ana Patrício – **O doente e o cancelamento da cirurgia**. Revista AESOP. Volume X, número 29. 2009.

COSTA, Veridiana ; SILVA, Sandra e LIMA, Vívian – **O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo**. Revista da SBPH, vol.13, n.2, pp. 282-298. Rio de Janeiro – Dezembro 2010. ISSN 1516-0858 [Em linha]. [Consult. 31 Julho 2011]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582010000200010&script=sci_arttext

CRUZ, Márcia Antonieta Carvalho – **Ansiedade e bem-estar na transição para o ensino superior: o papel do suporte social**. Porto: Universidade do Porto, 2008. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. [Em linha]. [Consult. 20 Julho 2011]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23383/2/67307.pdf>

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU – **Guia de elaboração de trabalhos escritos**. Viseu. 2009. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Viseu.

FIGHERA, Jossiele; VIERO, Eliani – **Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes**. Revista da SBPH v.8 n.2, Rio de Janeiro. Dezembro 2005. ISSN 1516-0858. [Em linha]. [Consult. 30 Julho 2011]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582005000200005&script=sci_arttext

FONSECA, Marta – Influência da visita pré-operatória na ansiedade intra-operatória reflectida nos valores da tensão arterial e da frequência cardíaca. Revista Investigação em Enfermagem, nº 22 – Agosto 2010. Formasau. ISSN 0874-7695.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

GIUNTINI, Patrícia Bodnar – **Avaliação do estado de ansiedade em pacientes submetidos a cirurgias electiva sob regime ambulatorial ou sob regime de internação**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006. Tese de Doutoramento apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. [Em linha]. [Consult. 4 Agosto 2011]. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-19052006-103643/pt-br.php>

GOMES, Noélia Cristina Rodrigues Pimenta – **O doente cirúrgico no período pré-operatório - da informação recebida às necessidades expressas**. Porto: Universidade do Porto, 2009. Em linha]. [Consult. 31 Outubro 2011]. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Em linha]. [Consult. 31 Outubro 2011]. Disponível em <http://repositorio.aberto.up.pt/bitstream/10216/16187/2/O%20DOENTE%20CIRURGICO%20NO%20PERODO%20PROPERATRIO%20DA%20INFORMA%C3%83O%20R.pdf>http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582010000200010&script=sci_arttext

JUAN, Kelly – **O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão**. 2007. *Psicol. hosp. São Paulo*. 2007, vol.5, n.1, pp. 48-59. ISSN 1677-7409. [Em linha]. [Consult. 30 julho 2011]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092007000100004&script=sci_arttext

LEON, Maria Denise – **Ansiedade e medo no pré-operatório de cirurgia cardíaca: intervenção de enfermagem na abordagem psicossocial**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007. Dissertação de Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. [Em linha]. [Consult. 31 Julho 2011]. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-17052007-113555/pt-br.php>

MAROCO, João – **Análise estatística: com utilização do SPSS**. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. ISBN 978-972-618-452-2.

MEDEIROS, Verónica; PENICHE, Aparecida – **A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório**. Rev. Esc. Enferm. USP vol.40 no.1 São Paulo Mar. 2006 40 (1): 86-92. ISSN 0080-6234 [Em linha]. [Consult. 3 Agosto 2011]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342006000100012&script=sci_arttext

MENDES, Aida Cruz et al – **Influência de um programa psico-educativo no pré-operatório nos níveis de ansiedade do doente no pós-operatório**. Referência. II Série, número 1, 2005. ISSN 0874.0283.

MELO, Maria da Luz – **Comunicação com o doente: certezas e incógnitas**. 1ª Edição. Lisboa: Lusociência. 2005. ISBN 972-8383-86-X.

ORMONDE, Lucindo – **O medo das anestésias**. 2007. [Em linha]. 2009 [Consult. 12 Dezembro 2010]. Disponível em http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/utentes/entrevista/dr_lucindo_ormonde_o_medo_das_anestesias/imprimir

PAIS, A.V. – **Visita pré-operatória, a importância da visita pré-operatória na cirurgia cardíaca**. In percepções e práticas de enfermeiros no manejo da dor no pós-operatório em cirurgia cardíaca. Dissertação de mestrado – 2011. [Em linha]. [Consult. 31 Outubro 2011]. Disponível em: <http://dorepercepcao.blogspot.com/2011/04/visita-pre-operatoria.html>.

PENICHE, Aparecida de Cassia Giani – **A ansiedade e o paciente cirúrgico**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005. Tese de Livre Docência apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. [Em linha]. [Consult. 31 Julho 2011]. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-18072007-143054/pt-br.php>

PESTANA, Maria H.; GAGEIRO, João N. – **Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS**. 3ª Edição. Lisboa: Sílabo, 2005. ISBN 972-618-297-2.

PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem médico-cirúrgica, conceitos e prática clínica**. 8ª Edição. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-989-8075-22-2.

PINTO, Denise – Comunicação terapêutica no pré-operatório. 2009. [Em linha]. [Consult. 30 Agosto 2011]. Disponível em <http://www.webartigos.com/artigos/comunicacao-terapeutica-no-pre-operatorio/25822/>

PINTO, Patrícia – Visita pré-operatória de enfermagem, aspectos associados à histerectomia. Revista Nursing. Fevereiro 2007

PONCIANO, Emanuel; VAZ SERRA, Adriano; RELVAS, João, – Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra portuguesa – I – Resultados da aplicação numa amostra de população normal. Psiquiatria Clinica. 1982. Nº 3 (4).

PRITCHARD, Michael – Measuring anxiety in surgical patients using a visual analogue scale. Nursing Standard. 25, 11, 40-44. 2010.[Em linha]. [Consult. 2 Setembro 2011]. Disponível em <http://search.proquest.com/docview/808578912/fulltextPDF/1328655A9281E278337/1?accountid=29061>

REGÊNCIO, Margarida – **O que é a anestesia? a realidade e o mito**. 2009 [Em linha]. [Consult. 12 Setembro 2011]. Disponível em <http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigo&id=70>

RIBEIRO, Patrícia I. A. M. – **Pré-operatório: o universo da apreensão e do desconhecido – estudo de factores que influenciam o nível de ansiedade estado do doente, no pré-operatório**. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, 2007. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.

ROTHROCK, Jane C. – **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 13ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN978-989-8075-07-9.

SAMPIERI, Roberto H.; COLLADO, Carlos F.; LUCIO, Pilar B. – **Metodologia de pesquisa**. 4ª Edição, São Paulo: McGraw Hill, 2006. ISBN 970-10-5753-8.

SANTOS, Vítor – **Influência da visita pré-operatória no controlo da ansiedade pré-operatória no contexto da anestesia espinal**. 2008. [Em linha] [Consult. 20 Julho 2011]. Disponível em [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3440:influencia-da-visita-pre-operatoria-no-controlo-da-ansiedade-pre-operatoria&catid=189:](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3440:influencia-da-visita-pre-operatoria-no-controlo-da-ansiedade-pre-operatoria&catid=189)

TONIOL, Karlos; MACEDO, Juice – **Analisando a visita pré-operatória de enfermagem: o enfoque do cliente.** 2007. [Em linha]. [Consult. 4 Agosto 2011]. Disponível em http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2007/anais/juice_ishie_macedo.pdf

TORRATI, Fernanda Gaspar – **Ansiedade, depressão, senso de coerência e estressores nos períodos pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009. Dissertação de Mestrado Em Enfermagem Fundamental apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. [Em linha]. [Consult. 4 Agosto 2011]. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082009-124545/pt-br.php>