



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Teresa Graça Guerra dos Santos Nisa Pinto

**A VULNERABILIDADE AO STRESS DO DOENTE CIRÚRGICO
NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO**

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica_1.ª edição

Dezembro de 2011

Teresa Graça Guerra dos Santos Nisa Pinto

**A VULNERABILIDADE AO STRESS DO DOENTE CIRÚRGICO
NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO**

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica_1.^a edição

Estudo efectuado sob a orientação da

Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes



AGRADECIMENTOS

- À Professora Doutora Madalena Cunha, pelos seus conselhos e ensinamentos, pela sua disponibilidade e apoio assim como o incentivo e interesse manifestado na orientação deste estudo.
- Ao Professor Vaz Serra agradeço a autorização concedida para aplicar a Escala da Vulnerabilidade ao Stress 23 QVS.
- A todos os doentes que participaram voluntariamente nesta investigação e que permitiram que esta se tornasse realidade.
- À equipa de enfermagem de Cirurgia1 e Cirurgia2 do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, Unidade de Viseu onde foi efetuada a recolha de dados, pela amabilidade com que me receberam.
- A todos os meus amigos que sempre acreditaram e me incentivaram nos momentos de maior desânimo.
- À Paula, a amiga, com quem sempre compartilhei as angústias, as alegrias, as dificuldades e as conquistas não só no Curso de Mestrado, mas também na vida pessoal;
- À minha família que esteve presente, nos momentos mais difíceis e me deu o apoio necessário para completar este caminho académico. Em especial aos meus pais pelo apoio e incentivo que me deram ao longo deste percurso, ao meu marido e aos meus filhos Rita e Guilherme pela minha ausência.
- A todos os que directa/indirectamente com a sua ajuda contribuíram para a concretização deste estudo.

A todos **o sincero obrigada!**

RESUMO

O bem-estar do doente deve constituir o principal objetivo dos profissionais que cuidam do doente cirúrgico, pois no período pré-operatório podem apresentar níveis de stress, bem como desenvolver sentimentos que podem atuar negativamente no seu estado emocional, tornando-os vulneráveis. Assim, este estudo intitulado "A Vulnerabilidade ao Stress do Doente Cirúrgico no Período Pré-operatório", pretendeu especificamente avaliar o tipo de conhecimentos sobre o ato anestésico que os doentes possuem; verificar em que medida as variáveis sociodemográficas têm efeito significativo na vulnerabilidade ao stress dos doentes e analisar a relação entre as variáveis clínicas e a vulnerabilidade ao stress do doente no período pré-operatório. O estudo é de natureza quantitativa, transversal e descritivo. A amostra é não probabilística, constituída por 180 doentes, admitidos nos serviços de Cirurgia 1 e Cirurgia 2 para cirurgia programada no Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE (CHTV; EPE), Unidade de Viseu. A colheita de dados decorreu nos meses de Abril e Maio de 2011. O instrumento de colheita de dados é constituído por um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica do doente, um questionário de avaliação dos conhecimentos sobre o ato anestésico e a Escala da Vulnerabilidade ao Stress 23 QVS (Vaz Serra, 2000). Na amostra, o sexo feminino é ligeiramente superior ao sexo masculino, respectivamente com 55.6% e 44.4%, com uma média de idades de 57.25 anos. A maioria dos doentes são "casados" ou vivem em "união de fato" 73.9%, residem maioritariamente em "zona rural" 62.2% e 48.9% possuem a "4ª classe". Verificámos que 64.4% já teve experiências cirúrgicas anteriores e inferimos que 69.4% dos doentes têm conhecimentos sobre o ato anestésico, 25.0% possuem bons conhecimentos e foram adquiridos através dos profissionais de saúde (28.8%). Constatámos que 59.4% dos doentes teve visita pré-operatória de enfermagem. A vulnerabilidade ao stress do doente no período pré-operatório é influenciada pela idade, (quanto maior a idade maior a vulnerabilidade), estado civil (os divorciados/viúvos" apresentaram maior vulnerabilidade) e habilitações literárias (os doentes cirúrgicos que não sabem ler nem escrever são os mais vulneráveis). Os doentes que tiveram visita de enfermagem pré-operatória são os mais vulneráveis ao stress, no entanto sem relevância estatística. Inferimos que os doentes com bons conhecimentos têm maior vulnerabilidade ao stress, no entanto sem significância estatística.

Palavras-chave: Vulnerabilidade ao Stress; Conhecimentos; Visita de Enfermagem Pré-Operatória

ABSTRACT

The welfare of the patient should constitute the main goal of the professionals that take care of the surgical patient, because on the pre-operative period may present stress levels, as well as develop feelings that could negatively act on their emotional state, making them vulnerable. So, this untitled “Vulnerability to Stress of the Surgical Patient on the post-operative period”, pretended specifically evaluate the kind of knowledge about the anesthetic act that the patients own; check in what measurement the socio-demographic variables have significant effect on the stress vulnerability of the patients and analyze the relation between clinical variables and stress vulnerability of the patient on post-operative period.

The study is quantitative, transverse and descriptive. The sample is non probabilistic, constituted by 180 patients, admitted on Surgery 1 and Surgery 2 services for programmed surgery on Hospital Centre Tondela-Viseu, EPE (CHTV, EPE), Viseu’s Unit. The data collection is constituted by a questionnaire of socio-demographic and clinical characterization of the patient, one evaluation questionnaire about the knowledge about the anesthetic act and the Stress Vulnerability Scale 23 QVS (Vaz Serra, 2000). On the sample, feminine gender is slightly superior in relation to masculine gender, respectively with 55.6% and 44.4%, with an age average of 57.25 years old. Most of the patients are “married” or “unmarried” 73.9% mostly live in “countryside” 62.2% and 48.9% has the “4th grade”. We checked that 64.4% already had surgical experiences and we infer that 69.4% of the patients have knowledge about the anesthetic act, 25.0% have good knowledge and were acquired through de health professionals (28.8%). We found that 59.4% of the patients had nursing pre-operative visit.

The Stress vulnerability on the patient during the pre-operative period is influenced by age, (the higher the age, higher the vulnerability), civil status (divorced/widowers show a higher vulnerability) and qualifications (surgical patients who can’t read or write are the most vulnerable). Patients who had nursing pre-operative visit are the most vulnerable to stress, however without statistic relevance. We infer that patients with good knowledge have less stress vulnerability.

Keywords: Stress vulnerability; Knowledge; Visiting Nurse Preoperative

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	11
ÍNDICE DE GRÁFICOS	13
ÍNDICE DE FIGURAS	15
1 – INTRODUÇÃO	19
2 – VULNERABILIDADE AO STRESS.....	21
2.1 – VULNERABILIDADE AO STRESS NO DOENTE CIRURGICO NO PERIODO PRÉ-OPERATÓRIO.....	23
3 – METODOLOGIA.....	29
3.1 – AMOSTRA.....	30
3.2 – HIPOTÉSES DE INVESTIGAÇÃO	30
3.3 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	31
3.4 – INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS.....	32
3.5 – PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO	33
4– RESULTADOS	35
4.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA.....	35
4.2 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA.....	37
4.3 – CARACTERIZAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DOENTES.....	39
4.4 – CARACTERIZAÇÃO DA VULNERABILIDADE AO STRESS	42
4.5 – RESULTADOS DO TESTE DE HIPOTÉSES	50
5 – DISCUSSÃO DOS MÉTODOS E DOS RESULTADOS.....	53
6 – CONCLUSÕES.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS.....	61
ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados.....	63
ANEXO II – Pedido de Autorização para efectuar a colheita de dados.....	71

ANEXO III - Declaração de consentimento.....	75
ANEXO IV - Autorização para a utilização da Escala da Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS	79
ANEXO V - Certificado do Poster “ <i>Conhecimentos, Medos, Crenças e Mitos do Doente Cirúrgico sobre o Ato Anestésico</i> ”	83
APÊNDICES	89
APÊNDICE I - Cotação dos conhecimentos sobre o acto anestésico.....	91
APÊNDICE II - Consistência Interna da Escala da Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS.....	95

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estatísticas relativas à idade do doente cirúrgico em função do sexo	35
Quadro 2 – Características sociodemográfica em função do sexo dos doentes	36
Quadro 3 – Características clínicas dos doentes em função do sexo.....	38
Quadro 4 – Estatísticas relativas ao número de cirurgias dos doentes em função do sexo	38
Quadro 5 – Conhecimentos dos doentes sobre o ato anestésico.....	40
Quadro 6 – Resultados referentes aos conhecimentos sobre o ato anestésico	41
Quadro 7 – Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre o ato anestésico em função do sexo	41
Quadro 8 – Nível de conhecimentos dos doentes sobre o ato anestésico.....	42
Quadro 9 – Estatísticas referentes à Vulnerabilidade ao Stress segundo o Sexo	43
Quadro 10 – Características da Vulnerabilidade ao Stress segundo o Sexo	44
Quadro 11– Resultados da Regressão linear simples entre a Vulnerabilidade ao Stress e a Idade	45
Quadro 12 – Vulnerabilidade ao Stress Vs Estado Civil, Habilitações Literárias e Religião ..	46
Quadro 13 – Vulnerabilidade ao Stress Vs Tipo de cirurgia e Experiência anestésica.....	47
Quadro 14 – Vulnerabilidade ao Stress Vs Experiência cirúrgica anterior, Acontecimento marcante na anestesia anterior e Visita pré-operatória de enfermagem	48
Quadro 15 – Vulnerabilidade ao Stress Vs Variáveis de conhecimento	49
Quadro 16 – Resultados da Regressão linear simples entre a Vulnerabilidade ao Stress e o score global dos conhecimentos sobre o ato anestésico	50

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1– Efeitos secundários ocorridos após anestesia.....	39
--	----

INDICE DE FIGURAS

Figura 1– Representação gráfica da articulação das variáveis	31
--	----

SIMBOLOS

% – Percentual

< – Menor

> – Maior

X – Média

Dp – Desvio Padrão

CV – Coeficiente de Variação

X² – Qui-Quadrado

N – Amostra

p – nível de significância

SK – Skewness

t – student

K – Kurtosis

1 – INTRODUÇÃO

A investigação é essencial à ciência de enfermagem, assim como a todas as áreas profissionais, para o desenvolvimento científico e a sua aplicação prática a nível dos cuidados que se prestam. Assim, no âmbito do Curso Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvemos um estudo intitulado “*A Vulnerabilidade ao Stress do Doente Cirúrgico no Período Pré-operatório*”. A escolha do tema, prende-se ao fato de querer compreender e conhecer os fatores que contribuem para o aparecimento da vulnerabilidade ao stress no doente submetido a cirurgia e também porque a maioria dos estudos realizados são maioritariamente na vertente do doente do foro médico.

O stress é considerado um fenómeno universal. Além disso é um termo utilizado nos mais diversos contextos da nossa vida quotidiana e por isso tem suscitado uma quantidade imensa de trabalhos de investigação. Apesar da conotação negativa associada ao stress, este é fundamental à sobrevivência dos seres humanos. Rodrigues (2008) advoga que o stress consiste no processo de adaptação que cada indivíduo faz ao seu meio. A resposta adaptativa aos estímulos stressores, adquire significados quer positivos, permitindo a evolução dos indivíduos, quer negativos, que podem provocar danos irreparáveis, sendo esta a dimensão do stress mais conhecida.

Actualmente e apesar dos progressos da medicina, quer nas técnicas cirúrgicas, quer nas anestésicas, ainda surgem situações em que os doentes submetidos a intervenções cirúrgicas, manifestam medos, ansiedade e stress.

O carácter stressante do acontecimento cirúrgico depende diretamente das características da doença; sua duração, a intensidade, a gravidade, os sintomas que produz, a incapacidade que gera e a possibilidade de cura por outros meios (JUAN 2007).

O nosso estudo irá incidir no período pré-operatório, por o considerarmos primordial para o sucesso da intervenção cirúrgica e recuperação do doente. Considerando que nesta fase, o doente se apresenta mais fragilizado, as suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociológicas são alteradas, tornando-se predisposto a um desequilíbrio físico emocional (PINTO 2009). Corroboram com esta ideia Costa et al (2010) quando afirmam que é neste período que o doente se encontra mais vulnerável nas suas necessidades, tornando-se mais propenso a um desequilíbrio.

Nesta perspectiva, os objectivos deste estudo, são indagar se as variáveis sócio-demográficas têm influência na vulnerabilidade ao stress no doente cirúrgico; analisar a influência das variáveis clínicas nomeadamente os antecedentes cirúrgicos e anestésicos na vulnerabilidade ao stress no doente; determinar que conhecimentos o doente cirúrgico no período pré-operatório possui sobre o ato anestésico e avaliar a vulnerabilidade ao stress no doente cirúrgico no período pré-operatório.

O Relatório que se apresenta está organizado em oito capítulos; começa com a presente introdução, segue-se-lhe o segundo capítulo que comporta uma revisão de literatura onde é feita a abordagem conceptual da problemática que envolve o tema; o terceiro capítulo corresponde à contribuição empírica, onde são apresentados os procedimentos metodológicos, os instrumentos de medida, as variáveis e sua operacionalização, a amostra e sua caracterização metodológica. No quarto capítulo descrevem-se e analisam-se os resultados, seguindo-se a análise inferencial e a discussão dos resultados. Finalmente, são apresentadas as conclusões, as referências bibliográficas que apoiaram e permitiram o desenvolvimento do estudo.

2 – VULNERABILIDADE AO STRESS

A palavra stress entrou na linguagem corrente portuguesa e tornou-se uma realidade da vida moderna. Este fenómeno é transversal a toda a sociedade e atinge novos e velhos em todas as dimensões das suas actividades.

Etimologicamente, o termo stress provém do verbo latino *stringo* que tem como significado apertar, comprimir, restringir.

Nenhum ser humano está livre de enfrentar circunstâncias indutoras de stress. É inevitável na existência humana e não há ninguém que periodicamente não esteja exposto, só deixa de existir após a morte. Algumas vezes pode constituir uma condição de incentivo e noutras ocasiões de desgaste pessoal (VAZ SERRA, 2007).

É suscetível de ser determinado tanto por circunstâncias agradáveis como desagradáveis, internas ou externas, por exemplo, um casamento ou a passagem num exame (situações potencialmente agradáveis), a morte de um familiar ou uma doença (acontecimentos penosos e desagradáveis).

Em relação às circunstâncias indutoras de stress, há que ter em conta aspetos qualitativos e quantitativos. Os aspetos qualitativos são representados pela circunstância em si a que um indivíduo está sensibilizado, podendo ter um impacto maior ou menor. Os aspetos quantitativos são constituídos pela amplitude que a situação atinge ou pela repetição de circunstâncias desagradáveis. Os fatores que determinam a predisposição do indivíduo para o stress são variados: a personalidade, a auto-estima, a autoconfiança, o apoio social, a resistência física, a saúde e as capacidades de lidar com ele (VAZ SERRA, 2007).

Lazarus (1999), citado por Pacheco, (2008) menciona que uma situação indutora de stress é toda aquela em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como excedendo os seus próprios recursos, prejudicando, o seu bem-estar. Os acontecimentos ameaçadores são mais sentidos, tornando-se mais prejudiciais do que outro tipo de ocorrências, pois estes afetam psicologicamente as pessoas. Contudo, o mesmo autor salienta que o grau e o tipo de resposta de stress que induz variam muito de pessoa para pessoa. As reações do stress não se podem prever sem se ter em conta os traços de personalidade e os processos que explicam as diferenças individuais que influenciam as pessoas a responder ao estímulo desagradável.

O stress é desencadeado a partir de stressores cuja origem pode ser do meio externo, do ambiente social e do meio interno. Vaz Serra (2007) menciona que uma situação indutora de stress é toda a condição em relação à qual o indivíduo tem a percepção de não ter preparados comportamentos automáticos de resposta e que, por isso, exige uma nova adaptação. Na mesma linha de pensamento, Pacheco (2008) refere que os fatores indutores de stress podem ser de natureza física (hábitos de vida, clima, ambiente, etc.), psicológica (qualquer situação de desgosto ou sofrimento, por um lado, ou, por outro, alegria, satisfação) e social (o meio familiar ou o ambiente profissional). Tanto os acontecimentos de natureza física, como o social são suscetíveis de se fazerem acompanhar de um componente psicológico marcado, podendo ser externas ou internas em relação ao indivíduo.

Todo e qualquer estímulo interpretado pelo indivíduo como ameaçador, que despoleta uma reação de stress, ou seja, qualquer situação provocadora de um estado emocional forte conduz à rutura do equilíbrio interno e externo, exigindo da pessoa um ajustamento ao ambiente. Neste sentido, uma experiência geradora de stress é um acontecimento relevante, percebido como uma ameaça e acompanhado por um sentimento de incapacidade de responder com eficácia a essa ameaça. O stress pode ser originado a partir de vários fatores com origem interna ou externa. Os stressores externos ao sujeito colocam desafios à homeostase, tais como: os acidentes, a morte, os conflitos, a doença, o internamento, entre outros, e apresentam-se como experiências traumáticas, desafiadoras e imprevisíveis, vividas por cada indivíduo. Por outro lado, os stressores internos são pressões que são pertença da mente que fazem parte do mundo interno, das cognições do sujeito, do seu modo de ver o mundo, do seu nível de assertividade, expectativas, crenças, valores e características pessoais (LOUREIRO, 2006).

Na opinião de Vaz Serra (2007, p. 29), “ninguém está livre de stress”. Neste sentido, clarifica que uma pessoa sente-se em stress quando está perante um acontecimento que para si é significativo e o qual não controla e/ou que as exigências impostas por este ultrapassam as suas aptidões e os recursos pessoais e sociais para enfrentá-lo. Assim, como o ser humano enfrenta as circunstâncias indutoras do stress de forma diferenciada, a vulnerabilidade ao stress também não é uniforme.

No campo das ciências humanas, o termo vulnerabilidade é utilizado para denominar os indivíduos ou os grupos considerados como “vulneráveis” devido a predisposições genéticas, biológicas ou psicossociais, para a doença, um dano ou uma estratégia negativa. A vulnerabilidade representa o risco aumentado em se reagir de uma forma negativa perante um dado acontecida de vida (PEREIRA, 2009).

Esta formulação implica a presença de uma interação entre o acontecimento de vida e o fator de vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade deve ser entendido na relação específica que se estabelece entre a pessoa e uma determinada circunstância. Neste contexto, a situação representa a componente objetiva e a pessoa a componente subjetiva. Há pessoas que descompensam à menor contrariedade e, outras, que parecem resistirem a um número grande de situações desagradáveis, sendo os indivíduos vulneráveis, segundo alguns autores, igualmente menos resistentes e com uma probabilidade maior de ficar doentes, estabelecendo-se também uma relação forte com as variáveis individuais que consubstanciam a vulnerabilidade ou resistência de uma pessoa ao stress (VAZ SERRA, 2007).

Qualquer acontecimento novo ou desconhecido gera nas pessoas um sentimento de ansiedade, medo e stress, como reação ao perigo ou à ameaça. A pessoa ao passar da condição de saudável para a posição de doente, necessitando de ser submetida a uma intervenção cirúrgica, desenvolve, segundo Leitão (1992), citado por Gomes, (2009, p. 21), “um processo carregado de forte componente emocional. Ao abandono do seu papel na sociedade e família junta-se a dificuldade de encarar o seu novo papel e a própria situação”. O medo do desconhecido, os sentimentos de insegurança, a dependência, entre outros, é causa de stress para o doente, sendo fundamental o enfermeiro estabelecer uma relação de proximidade, tentando colmatar as necessidades de cuidados que este expresse, nomeadamente as de informação (GOMES 2009).

Actualmente o conceito de stress é definido por Figueira (2009) citado por Félix (2010) como uma ameaça à homeostasia, ou seja, o equilíbrio do meio interno apesar das múltiplas agressões. Porém, muitas vezes a palavra stress é utilizada para referir acontecimentos biológicos, que correspondem a reacções espontâneas e a aspectos da actividade diária normal, do estilo de vida e dos comportamentos.

2.1 – A VULNERABILIDADE AO STRESS DO DOENTE CIRURGICO NO PERIODO PRÉ- OPERATÓRIO

A cirurgia é um evento stressante e complexo, hoje em dia, em consequência do progresso das técnicas e instrumentação cirúrgica, bem como na anestesia.

. O procedimento cirúrgico, apesar dos avanços tecnológicos alcançados, gera diversos tipos de reação emocional em que o doente percebe o seu futuro como incerto e variados medos surgem (exemplo: medo da dor, da incapacitação e da morte), desenvolvendo a ameaça

à integridade física e psicológica. Quanto maior o stress e a tensão no período pré-operatório, maiores poderão ser as dificuldades em enfrentar os limites que a cirurgia impôs ao seu quotidiano (SANTOS et al., 2009).

O período pré-operatório é descrito, como tendo início no momento em que o doente e o cirurgião tomam a decisão da intervenção cirúrgica, termina com a transferência do primeiro para a mesa cirúrgica concepção partilhada por diversos autores, entre eles, Brunner e Suddarth (2009) e Phipps, Sands e Marek (2009). Por outras palavras podemos afirmar que o período pré-operatório compreende o espaço de tempo que antecede o procedimento cirúrgico sendo esse tempo muito variável e está sujeito a circunstâncias multifatoriais, dependentes não só da patologia como também do estado clínico do doente.

As metas de enfermagem pré-operatória pretendem a redução da ansiedade e do stress do doente e a sua preparação para a cirurgia (Smeltzer e Bare, 2005). As causas que mais contribuem para o stress são, para além do medo do desconhecido, da morte e da anestesia a alteração da sua imagem corporal. Qualquer ato cirúrgico condiciona o comportamento humano através do aumento da ansiedade e do stress (FONSECA, 2010). Os stressores mais significativos dentro da situação cirúrgica, de acordo com Méndez, Ortigosa e Pedroche citados por Juan (2007), são: o diagnóstico, a doença, a dor, a hospitalização, os procedimentos médicos, o medo de não despertar da anestesia, as consequências da cirurgia, a perda da autonomia e a morte. Estes geram medos bem específicos. Neste sentido, o suporte pré-operatório e as intervenções complementares durante a reabilitação maximizam a qualidade de vida do doente, o que passa pela redução do stress. O fato de ter alguém disponível para ouvir e responder às dúvidas diminui esse stress. O conteúdo e a abordagem de ensino, na educação do doente, deverão ser sempre individualizados.

Quanto à ansiedade que o doente possa sentir no período pré-operatório, esta é uma resposta comum a fatores de stress da intervenção cirúrgica. Os sinais de stress no doente pré-cirúrgico não são diferentes dos de outras pessoas. Por outro lado, o stress tem como resultado elevados níveis de cortisol e adrenalina, que constituem respostas fisiológicas normais ao stressor. Se o stress não for controlado ou for prolongado, pode provocar o aumento da degradação de proteínas, do período de cicatrização da incisão, do risco de infeção, a alteração da resposta imunitária, e desequilíbrios hidroelectrolíticos. As alterações nos padrões de sono também fornecem pistas sobre o aumento de stress no doente (FONSECA, 2010).

Durante a visita pré-operatória, o enfermeiro deve avaliar o papel do doente na família e a rede de apoio social. A principal fonte de apoio psicológico do doente é comumente a

família ou as pessoas significativas (Gomes, 2009; Phipps et al., 2009). Lopes (2006) salienta ainda a necessidade de se conhecerem os mecanismos de coping do doente e da família, o que possibilita que o enfermeiro os ajude de forma eficaz a ultrapassarem todo o processo cirúrgico, ajudando-os a ultrapassar os seus medos, angústias e stress. O doente cirúrgico no período pré-operatório exterioriza necessidades a vários níveis. Nesta fase encontra-se mais fragilizado, necessitando de apoio e de uma resposta por parte do enfermeiro que o ajude na realização das suas necessidades imediatas. A adequada preparação pré-operatória do doente cirúrgico é essencial para o sucesso de todas as fases que constituem o processo cirúrgico. No período pré-operatório são planeados cuidados de enfermagem que assumem um grau de significância elevado na recuperação e êxito da cirurgia (GOMES, 2009).

O enfermeiro, na visita pré-operatória, deve também verificar se os familiares ou pessoas significativas afetam o nível de stress do doente. Antes da cirurgia e durante a experiência peri-operatória, os familiares também podem estar mais stressados do que o doente, possivelmente devido a sentimentos de impotência e incapacidade, o que o torna ainda mais vulnerável ao stress

Neste contexto, Gomes (2009), com base na opinião de autores experientes na área, menciona que no período pré-operatório é deveras importante a análise aos aspetos psicossociais do doente, o que implica uma preparação psicológica do doente para a intervenção cirúrgica, com a finalidade de se reduzir o stress que o doente possa sentir, um estado psicológico que advém da sensação de medo que antecede a cirurgia.

Assim, é necessário que o enfermeiro, ao cuidar do doente no período pré-operatório, tenha a consciência que é sua função suavizar esta experiência ao doente, fazendo com que, se possível, se elimine o estado de stress que o doente vivência. Uma das formas de o fazer é a partir de uma boa relação enfermeiro/doente/família, facultando-lhe todas as informações e esclarecimentos, atempadamente, para que se possam anular todos os seus medos e dúvidas, e passar a ver esta experiência como mais uma etapa do seu ciclo vital

Gomes (2009, p. 48) sustenta que “o principal objetivo dos cuidados de enfermagem no período pré-operatório é facultar ao doente e familiares a compreensão e preparação da experiência cirúrgica”. Por conseguinte, é de extrema importância informar-se o doente acerca dos aspetos intrínsecos ao processo cirúrgico, não só pelo fato de reduzir a sua vulnerabilidade ao stress, por contribuir para uma maior participação do mesmo em todos os procedimentos, como também para uma ajustada recuperação de todas as fases que constituem o período peri-operatório. Assim, alega que, quando o doente conhece e

compreende todos os procedimentos a que vai estar sujeito, a recuperação é mais célere, bem como se terá um doente mais colaborativo.

Por isso, Santos et al (2006) defendem que quanto melhor for gerido o stress no período pré-operatório, mais provável será o adequado restabelecimento no pós-operatório e mais breve o retorno às atividades quotidianas, premissa aceite por outros pesquisadores como Boaventura (2004); Santos (2003); Sebastiani e Maia (2005). Por isso intervenções psicológicas e educacionais são cada vez mais importantes no doente que vai realizar uma intervenção cirúrgica (JUAN, 2007).

Em suma, e tendo em conta o exposto, conforme referem Melo (2005) e Phipps et al. (2009), a preparação pré-operatória deve centrar-se em três dimensões fundamentais. Na dimensão do Procedimento Cirúrgico, na dimensão Sensorial e Comportamental.

A dimensão do procedimento cirúrgico contempla as orientações sobre a experiência cirúrgica como sendo: o consentimento informado; alimentação que o doente deve fazer na véspera da cirurgia e no pós-operatório; a forma de preparação da pele; a preparação intestinal; a roupa que deve usar no dia da cirurgia; os cuidados a ter com os cabelos e as próteses dentárias; a visita pré-operatória de enfermagem; a visita pré-anestésica; os cuidados que lhe serão prestados no bloco operatório; o acompanhamento para o bloco operatório; a sala de cuidados pós-anestésicos; as visitas no pós-operatório, os métodos de controlo da dor; os dispositivos que poderá trazer e as condições para alta.

A dimensão sensorial abarca as sensações que o doente pode vivenciar durante o peri-operatório, ou seja, os efeitos da medicação, o ambiente da sala operatória, as sensações que terá no momento do primeiro levante e as sensações associadas aos dispositivos.

Quanto à dimensão comportamental, esta abarca as ações concernentes aos comportamentos a adotar pelo doente para a prevenção de complicações no pós-operatório, tais como: a respiração profunda; exercício da tosse; os exercícios com os membros inferiores; mobilização no leito; o primeiro levante; entre outros.

Os mesmos autores acentuam que as informações sobre a preparação pré-operatória mais relevantes para a maioria dos doentes têm a ver com os exames e as atividades, as situações relacionadas com a cirurgia e as expectativas sobre o que vai acontecer no pós-operatório. É imprescindível que o enfermeiro, ao cuidar do doente no pré-operatório, tenha conhecimento e consciência que é sua função atenuar, senão eliminar o processo stressante que o doente vivência.

De acordo com Brunner e Suddarth (2009) e Phipps et al (2009), no período pré-operatório a assistência ao doente deve ser efectuada a vários níveis, sendo primordial o primeiro contato. É crucial estabelecer um diálogo que permita ao doente sentir confiança e segurança nos enfermeiros que irão prestar-lhe cuidados, propiciando o desenvolvimento de uma relação terapêutica. Assim, o doente sentir-se-á mais confiante para transmitir alguns dados pessoais, manifestar as suas necessidades, as suas dúvidas, os seus medos, entre outros, que serão muito úteis para o planeamento de cuidados personalizados e para prevenção de complicações no pós-operatório. A avaliação inicial deve ser holística e reflectir as necessidades fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais, do doente e de sua família ou pessoas significativas.

Assim, é de primordial importância a visita pré-operatória de enfermagem. Neste contexto, Gomes (2009), fazendo referência a Lourenço (2004), menciona que a visita de enfermagem, no período pré-operatório, ajuda a tranquilizar o doente, para que se consiga alcançar uma melhoria do seu bem-estar, num meio, por si só, com aparência ameaçadora e hostil, fazendo diminuir o stress. Esta opinião é partilhada por Baldwin e Webb, também referenciados por Gomes (2009), os quais acentuam que a visita pré-operatória de enfermagem pode reduzir a ansiedade do doente. Estes autores afirmam que o contato do doente com o enfermeiro do bloco operatório pode ser muito positivo, dado que se adquire informações adicionais que são fundamentais para a equipa do bloco possa estabelecer um plano de cuidados intra-operatório personalizado e adequado ao doente. Como tal, compete à equipa multidisciplinar, nomeadamente ao enfermeiro que exerce funções no serviço de cirurgia em parceria com o enfermeiro do bloco operatório, o médico assistente e o médico anestesista, preparar adequadamente o doente física e psicologicamente para o ato cirúrgico.

Quando um doente recebe a notícia de que terá que se submeter a um procedimento cirúrgico, automaticamente ficará focalizado nas implicações deste evento na sua vida. A doença, o diagnóstico e a necessidade da cirurgia como forma de tratamento significam que a saúde da pessoa está debilitada. O doente tem que lidar com o fato de estar doente, enfrentar a situação cirúrgica, e reorganizar se, já que existe uma ruptura no seu quotidiano. O evento cirúrgico provoca no doente sensação de ausência de controlo. Durante o procedimento, o doente é manipulado pela equipe médica, caracterizando, pois, uma situação de dependência, a qual também deve ser elaborada pela pessoa. O doente sente-se ameaçado, por se submeter a uma técnica invasiva (JUAN, 2007)

Nesse sentido, Camio citado por Costa et al (2010), lembra que o ato cirúrgico consiste, para o doente, num dos momentos mais críticos do processo terapêutico, devido ao

medo do desconhecido, à complexidade do procedimento e ao próprio risco aí inerente. O impacto que isso vai causar no sujeito varia de doente para doente e depende de vários fatores, como sexo, idade, ocupação, estado físico, tipo de cirurgia e o medo ao próprio ambiente do hospital.

O doente considera a anestesia um risco importante associado à cirurgia. Além disso, as pessoas podem ter uma consciência aumentada de mortes relacionadas com a anestesia porque, com frequência, estas acontecem no período peri-operatório (ROTHROCK, 2008).

Yamada (2010) refere ser comum a anestesia desencadear apreensão nas pessoas que necessitam de uma intervenção cirúrgica, geralmente causada por falta de conhecimento e mitos que envolvem o tema. O procedimento anestésico e cirúrgico caracteriza-se por uma série de momentos intermitentes em que se exerce uma agressão à integridade do doente e por consequência levam a uma resposta de stress. Sejam as manobras anestésicas como a intubação traqueal, sejam os momentos de maior agressão cirúrgica como a incisão cirúrgica, o organismo, ainda que sob o efeito da anestesia irá responder de forma adequada tentando repor a sua homeostasia (PEGO, 2009).

É necessário que a equipe multidisciplinar que intervém no doente cirúrgico e em especial a equipe de enfermagem, identifique as necessidades acerca do estado emocional do doente com o intuito de amenizar as possíveis complicações, tornando a experiência anestésico e cirúrgica menos traumática (SANTOS, et al, 2007).

Em suma, a visita pré-operatória tem como objetivo preparar o doente para a intervenção cirúrgica para que consiga ultrapassar os seus medos, receios e apreensões, o que se repercutirá na diminuição da sua vulnerabilidade ao stress. Deste modo, o enfermeiro tem de usar as suas capacidades para detetar as necessidades manifestadas pelo doente e dar-lhes resposta de forma personalizada e individualizada.

Toniol (2007) corrobora que a visita pré-operatória de enfermagem permite uma assistência individualizada, sistematizada e avaliada. Permite ainda um maior entre a equipe multidisciplinar e enfermagem, diminui relativamente a ansiedade e o stress do doente através dos esclarecimentos e orientações, também o vínculo de amizade que proporciona a ajuda a diminuir o choque de ir ao bloco operatório e ter uma alguém conhecido no acolhimento é estar zelando pelo seu bem estar.

3 – METODOLOGIA

Na fase metodológica, delineamos o 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.

No entender de Fortin (2009) a fase metodológica é definida como um conjunto de métodos e técnicas que guiam a investigação científica.

No sentido de aprofundar o conhecimento sobre A Vulnerabilidade ao Stress do Doente Cirúrgico no Período Pré-operatório, surgiram as seguintes questões de investigação:

- Que conhecimento manifesta o doente cirúrgico sobre o ato anestésico no período pré-operatório?
- Qual a percentagem de doentes vulneráveis ao stress no período pré-operatório?
- Qual a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e conhecimento sobre o ato anestésico na vulnerabilidade ao stress dos doentes no período pré-operatório?

Na procura de respostas para as questões supracitadas formula-mos os seguintes objectivos:

- Avaliar a vulnerabilidade ao stress no doente cirúrgico no período pré-operatório.
- Determinar que conhecimentos o doente cirúrgico no período pré-operatório possui sobre o ato anestésico.
- Verificar em que medida as variáveis sociodemográficas têm efeito significativo na vulnerabilidade ao stress dos doentes cirúrgicos no período pré-operatório.
- Analisar a relação entre as variáveis clínicas e a vulnerabilidade ao stress do doente cirúrgico no período pré-operatório.
- Analisar a relação existente entre os conhecimentos sobre o ato anestésico e a vulnerabilidade ao stress dos doentes cirúrgicos no período pré-operatório.

O estudo é de natureza quantitativa, transversal e descritivo. Possui, ainda, uma componente analítica que incide, especificamente, sobre a vulnerabilidade ao stress do doente no período pré-operatório.

3.1 – AMOSTRA

A técnica de amostragem para seleccionar os doentes foi não probabilística¹. A amostra ficou constituída por 180 doentes, admitidos nos serviços de Cirurgia 1 e Cirurgia 2, do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE (CHTV; EPE), Unidade de Viseu. A colheita de dados ocorreu 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.

Como critérios de exclusão, consideramos o doente ser portador de patologia psiquiátrica ou défice neurológico.

3.2 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Uma investigação exige a construção de enunciados formais que estabeleçam uma relação possível entre duas ou mais variáveis, a população e o tipo de investigação, isto é, implica a construção de hipóteses (Fortin, 2009).

Assim, tendo em conta que uma hipótese é uma tentativa de previsão sobre a relação entre duas ou mais variáveis em estudo, neste trabalho, partindo-se do conhecimento teórico e prático, elaboram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – *A vulnerabilidade ao stress do doente cirúrgico no período pré-operatório é influenciada pelas variáveis Sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado Civil, Zona de Residência, Religião e Habilitações Literárias/Académicas)*

Hipótese 2 – *As variáveis clínicas influenciam a vulnerabilidade ao stress no doente cirúrgico no período pré-operatório;*

Hipótese 3 – *Os conhecimentos sobre o ato anestésico têm influência na vulnerabilidade ao stress do doente cirúrgico no período pré-operatório;*

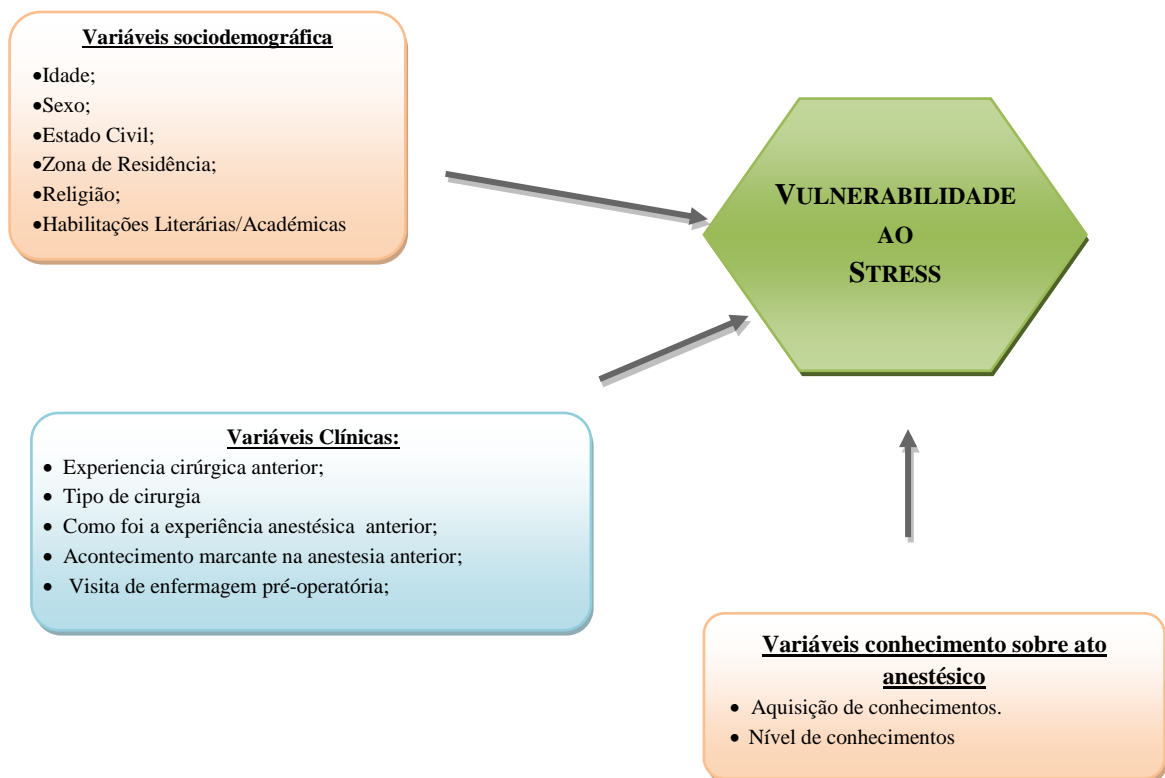
3.3 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta estas hipóteses foi elaborado o desenho de investigação, que constituiu um guia orientador para a realização e desenvolvimento do estudo.

A variável dependente é a Vulnerabilidade ao Stress, avaliada através da Escala 23QVS (Vaz Serra, 2000), e como variáveis independentes temos três grupos de variáveis:

- Caracterização sociodemográfica do doente cirúrgico (idade, sexo, estado civil, zona de residência, religião; Habilitações Literárias/Académicas)
- Caracterização clínica (Experiência cirúrgica anterior; Experiência anestésica anterior; Acontecimento marcante na anestesia anterior e Visita de enfermagem pré-operatória)
- Conhecimentos sobre o ato anestésico do doente cirúrgico no período pré-operatório.

Figura 1 – Representação gráfica da articulação das variáveis



3.4 – INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados cuja aplicação foi concretizada após os procedimentos éticos e formais necessários, é constituído por um Questionário cujas questões visam a :

- **Caracterização Sociodemográfica**

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

- **Caracterização Clínica**

Os dados clínicos caracterizam os doentes cirúrgicos em relação à experiência cirúrgica e anestésica anterior, ao acontecimento marcante na anestesia anterior e se tiveram visita de enfermagem pré-operatória.

- **Caracterização dos Conhecimentos sobre o ato anestésico** – A caracterização é feita através de uma pergunta aberta. Os conhecimentos foram avaliados através de um conjunto de 19 respostas que foram agrupadas em função de estar presente ou não presente, sendo atribuído a cotação de 2 pontos e 1 ponto respetivamente. O score final pode oscilar ente 19 e 38, em que quanto maior a pontuação obtida pelos doentes, melhores são os conhecimentos relativos ao ato anestésico (cf. Apêndice I).

- **A Escala da Vulnerabilidade ao Stress 23 QVS (Vaz Serra, 2000)** - A variável dependente, foi mensurada através da Escala da Vulnerabilidade ao Stress, 23 QVS, (Vaz Serra, 2000). É uma escala do tipo Likert, constituída por 23 questões, que pretende avaliar a vulnerabilidade ao stress. As questões são corrigidas em função de cinco classes de resposta (“Concordo em absoluto”, “Concordo bastante”, “Nem concordo nem discordo”, “Discordo bastante” e “Discordo em absoluto”), para que o perfil negativo do indivíduo se torne mais acentuado à medida que a cotação sobe. As questões 1, 3, 4, 6, 7, 8, e 20 são corrigidas da esquerda para a direita (com os valores 0, 1, 2, 3 e 4), enquanto as restantes são cotadas em sentido inverso.

A escala encontra-se organizada em sete fatores susceptíveis de avaliação:

- **Fator 1 – Perfeccionismo e intolerância à frustração**, avaliado pelas questões 5, 10, 16, 18, 19 e 23;
- **Fator 2 – Inibição e dependência funcional**, avaliado pelas questões 1, 2, 9, 12 e 22;
- **Fator 3 – Carência de apoio social**, avaliado pelas questões 3 e 6;
- **Fator 4 – Condições de vida adversas**, avaliado pelas questões 4 e 21;

- **Fator 5 – Dramatização da existência**, avaliada pelas questões 5, 8 e 20;
- **Fator 6 – Subjugação**, avaliada pelas questões 11, 13, 14, e 15;
- **Fator 7 – Privação de afecto e rejeição**, avaliado pelas questões 7, 13 e 17;

A escala apresenta, no final da soma total dos itens, uma pontuação compreendida entre um mínimo de 0 e um máximo de 92. O valor de 43, constitui um ponto de corte acima do qual uma pessoa se revela vulnerável ao stress (Vaz Serra, 2000).

Na validação da Escala Vaz Serra (2000) obtive um índice alfa de Cronbach² de 0,847. A análise da consistência interna da presente escala nesta investigação, revelou uma consistência boa ($\alpha=0.787$), (cf. Apêndice II).

3.5 – 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, recorremos 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.

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

² A consistência interna é considerada como *boa* se o *Alfa de Cronbach* se situa entre 0,70 e 0,85 e *muito boa* se *Alfa* superior a 0,90, (Pestana e Gageiro, 2005).

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)

que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Maroco, 2007).

Na estatística paramétrica foram utilizados os testes: Teste de Qui Quadrado (χ^2) e o Teste t de student.

Os Testes Não Paramétricos utilizados 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 ≤ r < 0.39	associação baixa
0.4 < r < 0.69	associação moderada
0.7 < r < 0.89	associação alta
0.9 < r ≤ 1	associação muito alta

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

p ≥ 0.05	não significativo (n.s.)
p < 0.05*	Significativo
p < 0.01**	bastante significativo
p < 0.001***	altamente significativo

(Pestana & Gageiro, 2005)

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

Na consecução do nosso estudo, e após a aplicação do instrumento de colheita de dados, tornou-se necessário proceder à respectiva apresentação e análise dos dados.

A caracterização da amostra, assim como o conhecimento dos seus aspectos mais relevantes, só nos foi possível através da análise efectuada aos dados referentes a essa mesma amostra, os quais foram obtidos através da aplicação do nosso instrumento de colheita de dados.

4.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

O número de indivíduos do sexo feminino é ligeiramente superior aos do sexo masculino com, respectivamente, 55.6% e 44.4%.

Os doentes cirúrgicos que integram a amostra apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 87 anos, com uma média de 57.25 anos (Dp=16.865), com uma dispersão moderada em torno da média. Na relação entre a idade e o sexo, verificamos que o feminino apresenta uma média de idades inferior comparativamente com o sexo masculino e com diferenças estatisticamente significativas (U=32340; Z=-2.206; p=0.027), ou seja, as mulheres são mais novas que os homens, (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Estatísticas relativas à idade do doente cirúrgico 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

Teste U de Mann-Whitney: U =3234,0; Z=-2,206; p=0,027*

No que concerne ao **estado civil**, a maioria dos doentes são “casados” ou vivem em “união de fato” (73.9%), 17.2% estão “divorciados” ou “viúvos” e os restantes 8.9% estão “solteiros”. Apesar dos homens estarem mais representados no grupo dos casados em um união de fato do que as mulheres (81.2% vs 68.0%), as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($\chi^2=4.049$, p=0.132), (cf. Quadro 2).

No que respeita à **zona de residência**, a maioria dos doentes vive em “zona rural” (62.2%), enquanto os restantes 37.8% reside em “zona urbana”. No entanto as diferenças entre os sexos são não estatisticamente significativas ($\chi^2=6.645$; $p=0.248$), (cf. Quadro 2).

Verificamos ainda que quase metade dos doentes possuem a “4ª classe” (48.9%), enquanto apenas 3.3% “não sabe ler nem escrever”. Os valores de ambos os sexos assemelham-se ao total, ($\chi^2=7.567$; $p=0.182$), (cf. Quadro 2).

Do ponto de vista das suas crenças religiosas a maioria refere ser católica (93.3%), tendência observada em ambos os sexos, ($\chi^2=0.209$; $p=0.901$), (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Características sociodemográficas em função do sexo dos doentes

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	100	55,6	80	44,4	180	100,0
ESTADO CIVIL (N=180)						
Casado/união de fato	68	68,0	65	81,2	133	73,9
Solteiro	11	11,0	5	6,3	16	8,9
Divorciado\viuvo	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
6ª 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, denota ser um indivíduo do sexo feminino (55.6%), com cerca de 57 anos, casado/união de fato (73.9%), a residir em meio rural (62.2%), com a 4ª Classe (48.9%) e católico (93.3%).

4.2 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Iniciando a caracterização clínica dos doentes pela sua **experiência cirúrgica**, verificamos que 64.4% já havia sido operado, enquanto que para 35.6% iria sê-lo pela primeira vez. As mulheres também detêm maior experiência cirúrgica anterior do que os homens (69.0% vs 58.7%), no entanto verificamos a independência desta variável com o sexo ($\chi^2=2.038$; $p=0.153$), (cf. Quadro 3).

Dos 116 doentes (64.4%) que haviam sido sujeitos a uma intervenção cirúrgica, em 62.9% foi uma “cirurgia programada” e 18.1% foi em “situação de urgência”. Estudando a relação entre a variável **tipo de cirurgia** e o **sexo** verificamos que são independentes ($\chi^2=0.853$; $p=0.653$), (cf. Quadro 3).

A **experiência anestésica** foi boa em 73.3%, em 24.1% foi razoável e apenas 2.6% entendem que foi uma má experiência. Nos homens, 78.7% classificam-na como “boa” e nenhum deles refere que a experiência anestésica foi má, já 69.6% das mulheres classificam-na como “boa” e 4.3% como “má”, sem no entanto, se verificar diferenças significativas ($\chi^2=2.631$; $p=0.268$), (cf. Quadro 3).

A existência de **acontecimentos marcantes em anestésias anteriores**, apenas ocorreu em 16.4% dos casos, referindo a maioria (83.6%) que não teve nenhum. Os valores são semelhantes em ambos os sexos e na amostra total, ($\chi^2=0.753$; $p=0.385$), (cf. Quadro 3).

Relativamente à **vista de enfermagem pré-operatória**, 59.4% dos doentes recebeu visita pré-operatória. As diferenças encontradas entre os homens e as mulheres não são estatisticamente significativas ($\chi^2=0.558$; $p=0.455$), (cf. Quadro 3).

Quadro 3 – 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 PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM (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: $\chi^2=0,558$; $p=0,455$						

Analisando o **número de cirurgias dos doentes**, verificamos que variou entre o mínimo de 1 e um máximo de 6, com um valor médio de 2.05 (Dp=1.229) e com uma dispersão elevada em torno da média. Em média, as mulheres já foram submetidas a um maior número de cirurgias, comparativamente com os homens ($\bar{x}=2.20$ vs $\bar{x}=1.83$), contudo não se verifica significância estatística (U=1387.0; Z=-1.398; p=0.162), (cf. Quadro 4).

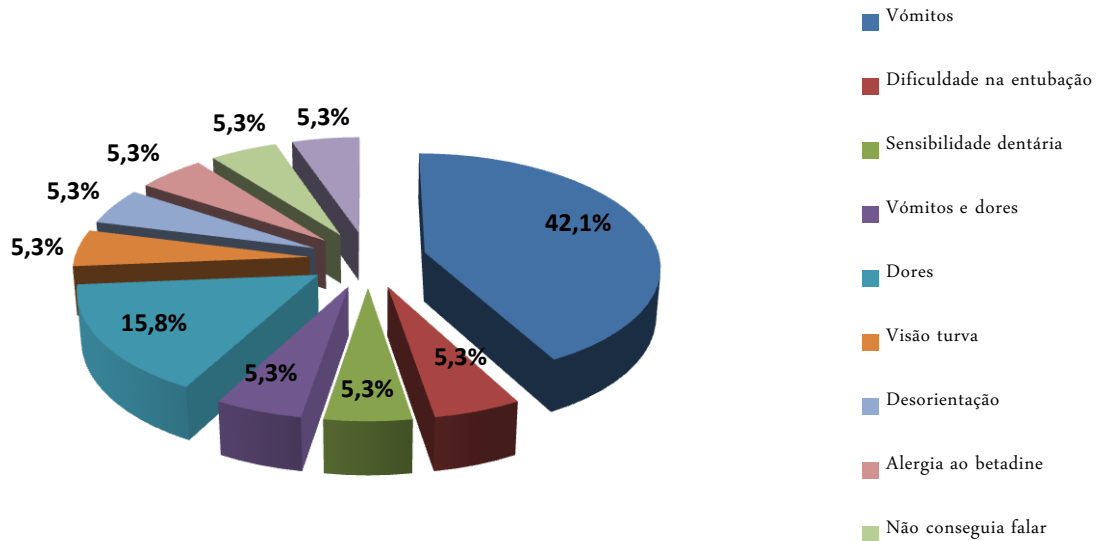
Quadro 4 – Estatísticas relativas ao número de cirurgias dos doentes em função do sexo

	n	Mín	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

Teste U de Mann-Whitney: U =1387,0; Z=-1,398; p=0,162

Analisados os acontecimentos marcantes ocorridos no ato anestésico em 19 doentes dos 116 que tiveram experiência cirúrgica e anestésica anterior, constatamos que 42.1% (n=8) dos doentes tiveram “vómitos” e 15.8% (n=3) “dores” (cf. Gráfico 1).

Gráfico 1 – Efeitos secundários ocorridos após anestesia



Perfil Clínico

O perfil clínico traduz que os doentes já tiveram experiências cirúrgicas (64.4%), foram operados aproximadamente 2 vezes, maioritariamente em regime de cirurgia programada (62.9%), com uma boa experiência anestésica (73.3%), sem qualquer ocorrência de acontecimento pós anestésico (83.6%), e foram alvo de visita de enfermagem pré-operatória (59.4%).

4.3 – CARACTERIZAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DOS DOENTES

A caracterização dos conhecimentos dos doentes em anestesia, foi realizada através da análise da resposta à questão **”Possuem conhecimentos sobre anestesia”**, verificando-se que 69.4% refere que sim e que 30.6% refere que não. Analisando a relação entre esta variável e os sexos verificamos que as relações não são significativas ($\chi^2 = 1.141$; $p=0.247$), (cf. Quadro 5).

Observamos ainda que 28.8% refere que a fonte dos seus conhecimentos sobre anestesia foi “profissionais de saúde”, seguido dos “familiares e amigos”, sendo que apenas 8.0% refere que foi por “pesquisa própria”, (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Conhecimentos dos doentes sobre o ato anestésico

	Sexo		Total			
	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%
POSSUEM CONHECIMENTOS SOBRE O ATO 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	22,6	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 respostas referidas pelos doentes acerca dos conhecimentos sobre o ato anestésico, observamos que 43.2% sabe que a *anestesia é o ato de adormecer*, 21.6% sabe que *são necessários medicamentos anestésicos para a pessoa adormecer*, 16.8% entende que *existe risco de associado ao ato anestésico* e 19.2% pensa que o *efeito anestésico só termina quando a pessoa a “vomita”*. A maioria desconhecia que durante a anestesia é *colocada uma máscara 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 6).

Quadro 6 – Resultados referentes aos conhecimentos sobre o ato anestésico

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

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 7).

Quadro 7 – Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre o ato 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 ato 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 8).

Quadro 8 – Nível de conhecimentos dos doentes sobre o ato anestésico

	Sexo	Feminino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
CONHECIMENTOS SOBRE O ATO 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: $\chi^2=0.218$; $p=0.897$							

Síntese: Nível de conhecimentos sobre o ato anestésico

A maioria dos doentes refere ter conhecimentos sobre o ato anestésico (69.4%), os conhecimentos foram adquiridos através de profissionais de saúde (28.8%), no entanto os conhecimentos globais sobre o ato anestésico são fracos (50.4%).

4.4 – CARACTERIZAÇÃO DA VULNERABILIDADE AO STRESS

Neste ponto iremos descrever como se caracterizam os doentes do ponto de vista psicológico, nomeadamente investigar a sua vulnerabilidade ao stress.

O estudo da vulnerabilidade ao stress é fundamental para sabermos se a nossa amostra apresenta, ou não, risco aumentado de reagir de forma negativa perante um dado acontecimento da sua vida, nomeadamente em relação à cirurgia em si. O fato de um indivíduo se sentir ou não em stress é ditado pelo grau de vulnerabilidade ou de autoconfiança que a pessoa desenvolve em relação a determinada circunstância, considerada para si, e que lhe cria exigências específicas, (Vaz Serra, 2000).

Vulnerabilidade ao stress Vs Variáveis Sociodemográficas

As estatísticas relativas à escala 23 QVS revelam um *score* máximo de 67 um mínimo de 17, uma média de 41.87 (Dp=9.760). As mulheres são mais vulneráveis ao stress do que os homens (\bar{x} =42.38 Vs. \bar{x} =41.24), no entanto sem diferenças estatisticamente significativas na nota global (t=0.780; p=0.437) e nos fatores ($p \geq 0.05$), (cf. Quadro 9).

Quadro 9 – Estatísticas referentes à Vulnerabilidade ao Stress segundo o Sexo

	Min	Max	Méd	dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	
PERFECCIONISMO E INTOLERÂNCIA À FRUSTRAÇÃO								Teste t de student
Feminino	3	24	15,49	4,177	-1,618	-0,366	26,97	t=1,498 p=0,136
Masculino	2	23	14,51	4,556	-0,535	-1,165	31,40	
Total	2	24	15,06	4,364	-1,586	-1,222	28,98	
INIBIÇÃO E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL								U de Mann Whitney
Feminino	1	16	6,62	3,333	2,075	-0,337	50,35	U=3879,5; Z=-0,349; p=0,727
Masculino	1	16	6,66	2,938	1,565	0,976	44,11	
Total	1	16	6,64	3,155	2,591	0,192	47,52	
CARÊNCIA DE APOIO SOCIAL								U de Mann Whitney
Feminino	0	8	2,19	1,555	3,502	2,850	71,00	U=3051,5; Z=-0,578; p=0,564
Masculino	0	7	2,24	1,362	1,903	1,626	60,80	
Total	0	8	2,21	1,468	3,983	2,947	66,43	
CONDIÇÕES DE VIDA ADVERSAS								Teste t de student
Feminino	0	8	3,53	1,823	1,066	-0,119	51,64	t=0,528 p=0,598
Masculino	0	7	3,39	1,768	0,866	-0,814	52,15	
Total	0	8	3,47	1,795	1,370	-0,644	51,72	
DRAMATIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA								Teste t de student
Feminino	3	12	6,77	1,932	0,456	-0,881	28,54	t=-0,060 p=0,952
Masculino	2	12	6,79	1,947	-0,859	-0,365	28,67	
Total	2	12	6,78	1,933	-0,232	-0,964	28,51	
SUBJUGAÇÃO								Teste t de student
Feminino	1	16	9,01	3,080	-0,639	-1,178	34,18	t=0,443 p=0,658
Masculino	0	15	8,80	3,258	0,565	-1,094	37,02	
Total	0	16	8,92	3,153	-0,061	-1,672	35,35	
PRIVAÇÃO DE AFECTO E REJEIÇÃO								Teste t de student
Feminino	0	10	3,57	2,388	1,780	-0,701	66,89	t=-0,798 p=0,426
Masculino	0	8	3,83	1,756	-0,104	-0,314	45,85	
Total	0	10	3,68	2,128	1,153	0,486	57,83	
VULNERABILIDADE AO STRESS (NOTA GLOBAL)								Teste t de student
Feminino	18	64	42,38	9,907	0,100	-0,123	23,38	t=0,780 p=0,437
Masculino	17	67	41,24	9,597	-1,048	0,876	23,27	
Total	17	67	41,87	9,760	-0,536	0,431	23,31	

Para complementar o estudo da Vulnerabilidade ao Stress seguimos os critérios de Vaz Serra (2000) e agrupámos os doentes em dois grupos: o primeiro, diz respeito aos indivíduos que obtiveram *scores* superiores a 43, isto é, “**com vulnerabilidade ao stress**”, constituído pela maioria da amostra (55,6%); e, o segundo, constituído pelos indivíduos cujo *score* foi inferior ou igual a 43 e, portanto, “**sem vulnerabilidade ao stress**”, representando 44,4% dos doentes. Embora as mulheres se apresentem menos vulneráveis ao stress (54,0%) do que os homens (57,5%), todavia, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2=0,232$; $p=0,639$), (cf. Quadro 10).

Quadro 10 – Características da Vulnerabilidade ao Stress segundo o Sexo

	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Com vulnerabilidade ao Stress	54	54,0	46	57,5	100	55,6
Sem vulnerabilidade ao Stress	46	46,0	34	42,5	80	44,4
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,232$; $p=0,639$						

Quanto ao estudo da **Idade**, observa-se uma associação directamente proporcional entre a idade e os fatores “Perfeccionismo e intolerância à frustração”, “Inibição e dependência”, “Subjugação” e “Privação de afecto e rejeição”, assim como no total da escala 23QVS, ou seja, quando a idade aumenta, também aumenta a vulnerabilidade ao stress no seu total e em cada um dos fatores descritos ($p < 0.05$), nos restantes fatores as relações encontradas não são estatisticamente significativas ($p \geq 0.05$), (cf. Quadro 11).

Os valores de t revelam que a idade explica 2.4% da variância do “perfeccionismo e intolerância à frustração”, 5.6% da “inibição e dependência”, 7.7% da subjugação”, 2.5% da “privação de afecto e rejeição” e 8.2% da totalidade da vulnerabilidade ao stress, pelo que inferimos que a vulnerabilidade ao stress é mais elevada nos doentes mais velhos, (cf. Quadro 11).

Quadro 11 – Resultados da Regressão linear simples entre a Vulnerabilidade ao Stress e a Idade

	r	r ² (%)	p	t	p
PERFECCIONISMO E INTOLERÂNCIA À FRUSTRAÇÃO	0,154	2,4%	0,039	2,078	0,039*
INIBIÇÃO E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL	0,236	5,6%	0,001	3,265	0,001**
CARÊNCIA DE APOIO SOCIAL	0,024	0,1%	0,753	-0,428	0,669
CONDIÇÕES DE VIDA ADVERSAS	0,201	4,0%	0,007	3,007	0,003
DRAMATIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA	0,048	0,2%	0,521	0,489	0,626
SUBJUGAÇÃO	0,277	7,7%	0,000	4,597	0,000***
PRIVAÇÃO DE AFECTO E REJEIÇÃO	0,183	2,5%	0,014	2,632	0,010*
VULNERABILIDADE AO STRESS (NOTA GLOBAL)	0,287	8,2%	0,000	4,046	0,000***

Os doentes “divorciados/viúvos” apresentaram maior vulnerabilidade ao stress (Peso médio=98.69) e os solteiros são os menos vulneráveis (Peso médio=40.50), sendo as diferenças estatisticamente altamente significativas ($H=16,349$; $p=0.000$). Nos fatores “*Perfeccionismo e intolerância à frustração*”, “*Inibição e dependência funcional*”, “*Subjugação*” e “*Privação de afecto e rejeição*” as diferenças encornadas face ao estado civil revelaram ser estatisticamente significativas ($p<0,05$). Ou seja, os doentes divorciados/viúvos são mais vulneráveis ao stress, apresentando maior perfeccionismo e intolerância à frustração, mais subjugação e maior privação de afecto e rejeição, enquanto os casados/união de fato têm mais inibição e dependência funcional, (cf. Quadro 12).

Na análise em função das **habilitações literárias**, são os doentes que “não sabem ler nem escrever” que se apresentam mais vulneráveis, por sua vez quem possui curso superior têm menos vulnerabilidade ao stress. O teste Kruskal-Wallis revelou diferenças bastante significativas ($H=18.023$; $p=0.003$). Verificamos ainda que, os doentes que não sabem ler nem escrever são os que apresentam maior inibição e dependência funcional e maior subjugação, os que têm a 4ª classe são os que apresentam valores médios mais elevados no fator condições de vida adversa. Sendo as diferenças significativas nos fatores “*Inibição e dependência funcional*” ($H=18.946$; $p=0.002$), “*Condições de vida adversa*” ($H=18.205$; $p=0.003$) e na “*Subjugação*” ($H=15.149$; $p=0.010$), (cf. Quadro 12).

No que concerne à **religião**, os que responderam “outra religião” apresentarem, em média, maior vulnerabilidade ao stress, as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas, quer no total ($H=0.987$; $p=0.987$), quer em todos os fatores ($p \geq 0.05$), (cf. Quadro 12).

Por fim, quanto à **zona de residência**, verificamos que são os doentes que residem em zona rural os mais vulneráveis ao stress em todos os fatores e na nota global. As diferenças encontradas são estatísticas significativas na nota global da vulnerabilidade do stress ($U=3017.0$; $Z=-2.336$; $p=0.020$), no fator *Inibição e dependência funcional* ($U=3060.5$; $Z=-2.217$; $p=0.027$) e no fator *Condições de vida adversas* ($U=2614.0$; $Z=-3.619$; $p=0.000$), (cf. Quadro 12).

Quadro 12 – Vulnerabilidade ao Stress Vs Estado Civil, Habilitações Literárias e Religião

		Perfeccionismo e intolerância à frustração	Inibição e dependência funcional	Carência de apoio social	Condições de vida adversas	Dramatização da existência	Subjugação	Privação de afecto e rejeição	23QVS
		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	
ESTADO CIVIL (N=180)									
Casado/união de fato (n=133)	Peso Médio	92,00	96,19	94,77	93,55	93,55	89,53	94,66	94,61
Solteiro (n=16)	Peso Médio	58,88	51,91	65,75	62,75	62,69	59,69	53,84	40,50
Divorciado/viúvo (n=31)	Peso Médio	100,37	86,00	84,97	91,76	91,76	110,56	91,58	98,69
Teste de Kruskal-Wallis		H=7,155 p=0,028	H=10,708 p=0,005	H=4,215 p=0,074	H=5,136 p=0,070	H=2,839 p=0,242	H=10,331 p=0,006	H=8,973 p=0,011	H=16,349 p=0,000
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (N=180)									
Não sabe ler nem escrever (n=6)	Peso Médio	93,83	143,58	104,17	75,83	92,58	105,08	126,58	128,58
4ª Classe (n=88)	Peso Médio	96,48	101,58	89,78	103,34	92,18	100,60	95,36	102,58
6ª Ano (n=15)	Peso Médio	80,13	81,37	91,80	96,70	85,87	88,53	88,10	81,37
9º Ano (n=21)	Peso Médio	98,90	87,17	89,57	75,12	83,50	97,83	79,48	90,38
12º Ano (n=27)	Peso Médio	82,93	69,61	89,63	88,74	96,22	77,81	82,57	75,15
Curso Superior (n=23)	Peso Médio	74,72	69,07	90,72	57,28	86,24	57,54	83,41	60,43
Teste de Kruskal-Wallis		H=5,032 p=0,412	H=18,946 p=0,002	H=0,488 p=0,993	H=18,205 p=0,003	H=1,109 p=0,953	H=15,149 p=0,010	H=5,792 p=0,327	H=18,023 p=0,003
RELIGIÃO (N=180)									
Católico (n=168)	Peso Médio	90,46	90,89	88,76	90,38	90,88	91,20	90,09	90,35
Outra religião (n=4)	Peso Médio	96,00	109,75	115,88	94,00	66,75	87,75	117,50	93,88
Não tem (n=8)	Peso Médio	88,63	72,63	114,25	91,19	94,38	77,25	85,69	92,06
Teste de Kruskal-Wallis		H=0,055 p=0,973	H=1,513 p=0,469	H=3,007 p=0,222	H=0,021 p=0,989	H=0,910 p=0,635	H=0,564 p=0,754	H=1,178 p=0,555	H=0,987 p=0,987
ZONA DE RESIDÊNCIA (N=180)									
Urbano (n=68)	Ordenação média	86,50	79,51	92,69	72,95	92,01	82,02	83,87	78,87
Rural (n=1129)	Ordenação média	92,93	97,17	89,17	101,16	89,58	95,65	94,53	97,56
U de Mann Whitney		U=3536,0 Z=-0,805 p=0,412	U=3060,5 Z=-2,217 p=0,027	U=3659,0 Z=-0,456 p=0,649	U=2614,0 Z=-3,619 p=0,000	U=3705,5 Z=-0,307 p=0,759	U=3231,5 Z=-1,709 p=0,088	U=3357,0 Z=-1,345 p=0,179	U=3017,0 Z=-2,336 p=0,020

Vulnerabilidade ao Stress Vs Variáveis clínicas

Na relação entre a vulnerabilidade ao stress e o **tipo de cirurgia**, observamos que são os doentes que foram submetidos a uma cirurgia de urgência os que apresentam maior vulnerabilidade ao stress, no entanto as diferenças não são estatisticamente significativas ($H=0.863$; $p=0.650$), existindo apenas diferenças significativas no fator “*Carência de apoio social*” verificamos que os doente que são submetidos a cirurgia de urgência são os que apresentam um *score* mais elevado ($H=8,098$; $p=0,017$), (cf. Quadro 13).

A vulnerabilidade ao stress é independente da **experiência anestésica**, ($H=1,111$; $p=0.574$), sendo que os doentes que tiveram uma má experiência anestésica anterior são os mais vulneráveis, (cf. Quadro 13).

Quadro 13 – Vulnerabilidade ao Stress Vs Tipo de cirurgia e Experiência anestésica

		Perfeccionismo e intolerância à frustração	Inibição e dependência funcional	Carência de apoio social	Condições de vida adversas	Dramatização da existência	Subjugação	Privação de afecto e rejeição	23QVS
		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	
TIPO DE CIRURGIA (N=116)									
Urgência (n=21)	Peso Médio	66,21	67,12	54,14	60,79	55,36	58,81	64,83	63,14
Programada (n=73)	Peso Médio	59,20	58,23	54,40	58,02	58,12	61,15	56,41	58,63
Urgência e Programada (n=22)	Peso Médio	48,82	51,16	76,25	57,91	62,75	49,41	59,39	53,64
Teste de Kruskal-Wallis		H=2,977 p=0,226	H=2,456 p=0,293	H=8,098 p=0,017	H=0,123 p=0,940	H=0,564 p=0,754	H=2,081 p=0,353	H=1,068 p=0,586	H=0,863 p=0,650
EXPERIÊNCIA ANESTÉSICA (N=116)									
Boa (n=85)	Peso Médio	56,98	56,55	59,59	57,98	59,59	57,39	57,51	56,75
Razoável (n=28)	Peso Médio	62,41	66,61	58,21	56,79	56,96	62,80	64,55	64,29
Má (n=3)	Peso Médio	65,17	38,00	91,67	89,33	41,83	49,67	30,17	54,17
Teste de Kruskal-Wallis		H=0,675 p=0,714	H=3,056 p=0,217	H=3,219 p=0,200	H=0,919 p=0,631	H=2,711 p=0,258	H=0,764 p=0,682	H=3,191 p=0,203	H=1,111 p=0,574

São os doentes com **experiência cirúrgica** anterior e os que tiveram **visita de enfermagem pré-operatória**, os apresentam maior vulnerabilidade ao stress, no entanto sem relação estatística significativa ($p \geq 0.05$ no total e em todos os fatores), (cf. Quadro 14).

No referente a **acontecimentos marcantes na anestesia anterior** as relações encontradas quer na vulnerabilidade ao stress (nota global), quer nos restantes fatores não são estatisticamente significativas ($p \geq 0.05$), (cf. Quadro 14).

Quadro 14 – Vulnerabilidade ao Stress Vs Experiência cirúrgica anterior, Acontecimento marcante na anestesia anterior e Visita de enfermagem pré-operatória

		Perfeccionismo e intolerância à frustração	Inibição e dependência funcional	Carência de apoio social	Condições de vida adversas	Dramatização da existência	Subjugação	Privação de afecto e rejeição	23QVS
		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	
EXPERIENCIA CIRÚRGICA ANTERIOR (N=180)									
Não (n=64)	Ordenação média	84,38	86,88	90,85	85,40	97,15	90,19	83,83	84,20
Sim (n=116)	Ordenação média	93,88	92,50	90,31	93,31	86,83	90,67	94,18	93,97
U de Mann Whitney		U=3320,0 Z=-1,175 p=0,240	U=3480,0 Z=-0,697 p=0,486	U=3689,0 Z=-0,070 p=0,944	U=3385,5 Z=-1,003 p=0,316	U=3286,5 Z=-1,290 p=0,197	U=3692,0 Z=-0,060 p=0,952	U=3285,0 Z=-1,290 p=0,197	U=3309,0 Z=-1,205 p=0,228
ACONTECIMENTO MARCANTE NA ANESTESIA ANTERIOR (N=116)									
Não (n=97)	Ordenação média	60,05	58,19	57,16	57,92	56,13	59,61	59,85	58,82
Sim (n=19)	Ordenação média	50,58	60,11	65,34	61,45	70,53	52,84	51,63	56,84
U de Mann Whitney		U=771,0 Z=-1,126 p=0,260	U=891,0 Z=-0,229 p=0,819	U=791,5 Z=-1,003 p=0,316	U=865,5 Z=-0,426 p=0,670	U=692,0 Z=-1,743 p=0,081	U=814,0 Z=-0,805 p=0,421	U=791,0 Z=-0,986 p=0,324	U=890,0 Z=-0,235 p=0,814
VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM (N=180)									
Não (n=73)	Ordenação média	87,45	85,11	90,11	88,65	92,90	87,25	83,17	84,29
Sim (n=107)	Ordenação média	92,58	94,18	90,77	91,76	88,86	92,71	95,50	94,74
U de Mann Whitney		U=3682,5 Z=-0,651 p=0,515	U=3512,0 Z=-1,152 p=0,249	U=3877,0 Z=-0,086 p=0,931	U=3770,5 Z=-0,404 p=0,686	U=3730,5 Z=-0,517 p=0,605	U=3668,5 Z=-0,694 p=0,488	U=3370,5 Z=-1,576 p=0,115	U=3452,0 Z=-1,322 p=0,186

Vulnerabilidade ao stress Vs Conhecimentos sobre o ato anestésico

Na resposta à pergunta “**Possuem conhecimentos sobre o ato anestésico?**”, os doentes com maior vulnerabilidade ao stress são os que mais respondem sim, no entanto as diferenças não são estatísticas significativas ($U=3300.0$; $Z=-0.427$; $p=0.669$), (cf. Quadro 15).

A relação da variável **Como foram adquiridos os conhecimentos** e a vulnerabilidade ao stress, mostra que os doentes que adquiriram conhecimentos através do “diálogo com

outros doentes” são os que têm maior no fator “Subjugação” ($H=21.437$; $p=0.000$), por sua vez os doentes que já tiveram uma experiência cirúrgica anterior apresentam-se mais vulneráveis na “Privação de afecto e rejeição” ($H=9.901$; $p=0.042$). Na nota global da vulnerabilidade ao stress, são os doentes que adquiriram conhecimentos com outros doentes que têm maior sintomatologia vulnerável, contudo as diferenças não são significativas ($H=9.364$; $p=0.053$), (cf. Quadro 15).

Relativamente ao nível **de conhecimentos globais sobre o ato anestésico**, observa-se que os doentes com bons conhecimentos têm maior vulnerabilidade ao stress (Peso médio=70.96), contudo as diferenças não são significativas quer para a nota global ($H=2.617$; $p=0.270$), quer nos fatores, (cf. Quadro 15).

Quadro 15 – Vulnerabilidade ao Stress Vs Variáveis de conhecimento

		Perfeccionismo e intolerância à frustração	Inibição e dependência funcional	Carência de apoio social	Condições de vida adversas	Dramatização da existência	Subjugação	Privação de afecto e rejeição	23QVS
		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	
POSSUEM CONHECIMENTOS SOBRE O ATO ANESTÉSICO? (N=180)									
Não (n=55)	Ordenação média	85,16	89,05	101,24	82,33	91,86	86,63	89,23	88,00
Sim (n=125)	Ordenação média	92,85	91,14	85,78	94,10	89,90	92,20	91,06	91,60
U de Mann Whitney		U=3144,0 Z=-0,914 p=0,361	U=3358,0 Z=-0,248 p=0,804	U=2847,0 Z=-1,901 p=0,057	U=2988,0 Z=-1,901 p=0,057	U=3362,5 Z=-0,236 p=0,813	U=3224,5 Z=-0,664 p=0,506	U=3367,5 Z=-0,220 p=0,826	U=3300,0 Z=-0,427 p=0,669
COMO FORAM ADQUIRIDOS OS CONHECIMENTOS (N=125)									
Profissionais de Saúde (n=36)	Peso Médio	53,21	63,36	73,96	57,97	70,71	58,07	69,38	61,65
Diálogo com outros doentes (n=26)	Peso Médio	87,08	65,92	51,37	66,71	49,08	91,73	69,56	78,10
Familiares e amigos (n=34)	Peso Médio	65,94	59,13	59,75	54,91	61,16	52,60	47,71	55,34
Pesquisa própria (n=10)	Peso Médio	35,20	50,75	78,80	64,80	68,70	51,55	56,65	43,85
Experiência anterior (n=19)	Peso Médio	57,97	71,69	55,66	80,97	67,79	57,66	72,66	68,68
Teste de Kruskal-Wallis		H=20,710 p=0,000	H=2,825 p=0,588	H=9,874 p=0,43	H=7,737 p=0,102	H=6,343 p=0,175	H=21,437 p=0,000	H=9,901 p=0,042	H=9,364 p=0,053
CONHECIMENTOS SOBRE O ATO ANESTÉSICO (N=125)									
Fracos (n=63)	Peso Médio	58,90	60,38	68,23	61,69	66,17	57,29	57,57	58,51
Razoáveis (n=28)	Peso	63,00	67,36	59,95	62,41	64,84	62,57	62,91	63,45
Bons (n=34)	Peso Médio	70,60	64,24	55,82	65,91	55,62	73,94	73,13	70,96
Teste de Kruskal-Wallis		H=2,319 p=0,314	H=0,789 p=0,674	H=3,147 p=0,207	H=0,325 p=0,850	H=2,030 p=0,362	H=4,718 p=0,095	H=4,166 p=0,125	H=2,617 p=0,270

Quanto ao estudo dos **conhecimentos sobre o ato anestésico (score global)**, observa-se uma associação directamente proporcional com os fatores “Inibição e dependência”,

“Condições de Vida adversas”, “Subjugação” e “Privação de afecto e rejeição”, assim como no total da escala 23QVS, ou seja, quanto mais conhecimentos os doentes possuem, maior é a vulnerabilidade ao stress no seu total e em cada um dos fatores descritos, nos restantes fatores as relações são inversas ou seja quanto maior os conhecimentos menor a vulnerabilidade com os fatores “Carência de apoio social” e “Dramatização da existência”. (cf. Quadro 16).

Os valores de t revelam que os conhecimentos sobre o ato anestésico (score global), explicam 3.3% da variância da “subjugação” e 3.8% da “privação de afecto e rejeição”, nos restantes fatores e na nota global o valor de t revelou diferenças não significativas, (cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Resultados da Regressão linear simples entre a Vulnerabilidade ao Stress e score global dos conhecimentos sobre o ato anestésico

	r	r ² (%)	p	t	p
PERFECCIONISMO E INTOLERÂNCIA À FRUSTRAÇÃO	0,133	1,8	0,140	1,487	0,140
INIBIÇÃO E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL	0,056	0,3	0,538	0,617	0,538
CARÊNCIA DE APOIO SOCIAL	-0,133	1,8	0,140	-1,485	0,140
CONDIÇÕES DE VIDA ADVERSAS	0,034	0,1	0,708	0,375	0,708
DRAMATIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA	-0,069	0,5	0,446	-0,764	0,446
SUBJUGAÇÃO	0,181	3,3	0,044*	2,037	0,044*
PRIVAÇÃO DE AFECTO E REJEIÇÃO	0,194	3,8	0,030*	2,196	0,030*
VULNERABILIDADE AO STRESS (NOTA GLOBAL)	0,127	1,6	0,157	1,425	0,157

4.5 – RESULTADOS DO TESTE DE HIPOTHESES

Após a apresentação e análise descritiva dos dados obtidos, passamos para a abordagem inferencial dos mesmos. Para o efeito, procedemos à realização de testes de hipóteses, apurando-se da relação das variáveis independentes em estudo com a variável dependente.

Hipótese 1 – A vulnerabilidade ao stress do doente cirúrgico no período pré-operatório é influenciada pelas variáveis Sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado Civil, Zona de Residência, Religião e Habilitações literárias/Académica)

Iniciando o estudo da influência das variáveis sociodemográficas na vulnerabilidade ao stress pré-operatória dos doentes, pela variável sexo, constatamos que as mulheres são mais vulneráveis que os homens, no entanto as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas ($t=0.780$; $p=0.437$), ou seja, **o sexo não influencia a vulnerabilidade ao stress**, (cf. Quadro 9).

Quando aumenta a **idade**, aumenta também a vulnerabilidade dos doentes ($r=0.287$; $p=0.000$), revelando o valor de t que esta variável explica 8.2% da variância da vulnerabilidade ao stress (cf. Quadro 11).

Os doentes solteiros possuem menor vulnerabilidade ao stress, ($H=10.234$, $p=0.000$). Nos fatores, os doentes divorciados/viúvos apresentando maior *perfeccionismo* e *intolerância à frustração*, mais *subjugação* e maior *privação de afecto* e *rejeição*, enquanto que os casados/união de fato têm mais *inibição* e *dependência funcional*. Conclui-se que, **o estado civil influencia na vulnerabilidade ao stress**, (cf. Quadro 12).

As **habilitações literárias** dos doentes revelaram ser também influenciadora da vulnerabilidade ao stress ($H=18.023$; $p=0.003$), na medida em que são doentes com curso superior os que têm menor vulnerabilidade ao stress, e os doentes que não sabem ler nem escrever são os mais vulneráveis ao stress, (cf. Quadro 12).

A **religião**, revelou ser independente da vulnerabilidade ao stress ($H=0.987$, $p=0.987$), (cf. Quadro 12).

A vulnerabilidade ao stress é mais elevada nos doentes que **residem** no meio rural, sendo as diferenças significativas ($U=3017.0$; $Z=-2.336$; $p=0.020$), (cf. Quadro 12).

Inferimos que a vulnerabilidade ao stress no período pré-operatório sofre influência da idade, do estado civil, das habilitações literárias e da zona de residência.

Hipótese 2 – As variáveis clínicas influenciam a vulnerabilidade ao stress do doente cirúrgico no período pré-operatório

O **tipo de cirurgia** ($H=0.863$; $p=0.650$), a **experiência anestésica** ($H=1.111$; $p=0.574$), **experiencia cirúrgica anterior** ($U=3309.0$; $Z=-1.205$; $p=0.228$), a **existência de um acontecimento marcante na anestesia anterior** ($U=890.0$; $Z=-0.235$; $p=0.814$) e a **visita de enfermagem pré-operatória** ($U=3452.0$; $Z=-1.322$; $p=0.186$) não influenciam a vulnerabilidade ao stress do doente cirúrgico, (cf. Quadro 13e 14)

Hipótese 3 – As variáveis relativas aos conhecimentos sobre o ato anestésico têm influência na vulnerabilidade ao stress do doente cirúrgico no período pré-operatório

A vulnerabilidade ao stress é independente das variáveis “**possuem conhecimentos sobre o ato anestésico**” ($U=3300.0$; $Z=-0.427$; $p=0.669$) e da **classificação dos conhecimentos sobre o ato anestésico**, ($H=2.617$, $p=0.270$), (cf. Quadro 15).

Quanto à forma como os conhecimentos foram adquiridos, esta variável influencia de forma parcial a vulnerabilidade ao stress, revelando que os doentes que adquiriram conhecimentos através do “diálogo com outros doentes” são os que têm maior vulnerabilidade no fator “*Subjugação*” ($H=21.437$; $p=0.000$), por sua vez os doentes que já tiveram uma experiência cirúrgica anterior apresentam-se mais vulneráveis na “*Privação de afecto e rejeição*” ($H=9.901$; $p=0.042$), (cf. Quadro 16).

O **score global dos conhecimentos sobre o ato anestésico**, explicam 3.3% da variância da “*subjugação*” e 3.8% da “*privação de afecto e rejeição*” (cf. Quadro 16).

5 – DISCUSSÃO DOS MÉTODOS E DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é um dos momentos relevantes de todo processo de investigação. Assim, iremos comentar os resultados e confrontá-los com os resultados obtidos de outras investigações desenvolvidas.

- DISCUSSÃO METODOLOGICA

Desde o início da conceptualização do estudo, que uma das nossas preocupações foi desenvolver um trabalho rigoroso e científico. A metodologia utilizada foi a que nos pareceu ser a mais benéfica para facilitar e tornar possível a realização deste estudo.

No entanto, durante a elaboração deste estudo confrontamo-nos com algumas dificuldades, que passamos a numerar. Na pesquisa bibliográfica, verificámos que o número de estudos publicados sobre a vulnerabilidade ao stress no doente cirúrgico é muito reduzido. Outra limitação é a técnica de amostragem ser não probabilística, uma vez que o risco de associado aos resultados obtidos é maior.

Para aplicar o instrumento de colheita de dados, foi solicitada a autorização ao Conselho de Administração do CHTV – EPE, unidade de Viseu através de um ofício (AnexoII). Aos doentes foi pedido o consentimento para aplicação dos instrumentos da colheita de dados (AnexoIII), pedido a sua colaboração voluntária e foi dada garantia da confidencialidade das respostas bem como foram esclarecidos sobre a finalidade do estudo. Foi pedida também a autorização ao autor da escala da vulnerabilidade ao stress 23QVS para utilização do nosso instrumento de colheita de dados (AnexoIV).

- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra é constituída por 180 doentes, 55.6% do sexo feminino, com uma média de 57.25 anos, a maioria “casados” ou em “união de fato” (73.9%), a residir em “zona rural” (62.2%) possuindo a “4ª classe” (48.9%) e católicos (93.3%).

Em relação à análise das **variáveis clínicas** verificamos que 64.4% já tiveram experiência cirúrgica, e 62.9% foi uma “cirurgia programada”, a experiência anestésica foi boa em 73.3%,

a maioria (83.6%) não relata acontecimentos marcantes em procedimentos anestésicos anteriores e 59.4% dos doentes teve visita pré-operatória de enfermagem.

Em relação aos **conhecimentos sobre o ato anestésico** inferimos que 69.4% dos doentes têm conhecimentos sobre a anestesia dos quais 25.0% têm conhecimentos bons e foram adquiridos através dos profissionais de saúde 28.8%.

Ao **verificar em que medida as variáveis sociodemográficas têm efeito significativo na vulnerabilidade ao stress** dos doentes, inferimos que a vulnerabilidade ao stress no pré-operatório sofre influência da idade, do estado civil e das habilitações literárias. Relativamente ao sexo, os resultados obtidos não corroboram os estudos de Santos et al (2006,2009) Silva (2008) onde o sexo feminino apresenta maior vulnerabilidade ao stress. Em relação à escolaridade os resultados obtidos vão de encontro aos estudos de Santos et al (2009) onde constatou que pessoas com maiores índices de escolaridade denotam menor vulnerabilidade ao stress.

Inferimos que os doentes que já tiveram **experiência cirúrgica anterior** estão mais vulneráveis ao stress, no entanto sem relevância estatística A existência de um **acontecimento marcante na anestesia anterior** apenas no fator “*dramatização da existência*” foram encontradas relações estatísticas significativas. Os doentes que tiveram **visita de enfermagem pré-operatória** são os mais vulneráveis ao stress, no entanto sem relevância estatística. Em relação a estas variáveis não foram encontrados estudo que as relacione com a vulnerabilidade ao stress no doente cirúrgico. Santos et al (2009) refere no seu estudo que também não encontrou diferenças estatísticas nos doentes que já tiveram cirurgias anteriores.

Inferimos que a vulnerabilidade ao stress do doente no período pré-operatório não sofre influência das variáveis clínicas.

Considerando a variável **onde foram adquiridos os conhecimentos**, inferimos que 69.4% dos doentes têm conhecimentos sobre o ato anestésico, 25.0% têm conhecimentos bons e foram adquiridos através dos profissionais de saúde 28.8%, os doentes que adquiriram conhecimentos através do “diálogo com outros doentes” são os que têm maior vulnerabilidade, no entanto sem significância estatística O estudo de Gomes (2009) evidenciaram que os doentes com poucos conhecimentos manifestaram uma grande necessidade de serem informados. Face à **classificação dos conhecimentos globais**, inferimos que os doentes com bons conhecimentos têm maior vulnerabilidade ao stress mas sem relevância estatística.

6 – CONCLUSÕES

Cada pessoa é diferente na sua forma de ser e agir, nos seus comportamentos e atitudes, nas situações de saúde e de doença. Perante uma situação de hospitalização, esta é encarada com stress e ansiedade.

Apesar de muitas intervenções cirúrgicas serem consideradas “menores” pelos profissionais de saúde, a cirurgia é sempre uma experiência importante, única e geradora de stress para o doente. Quando uma pessoa recebe a notícia de que terá que se submeter a um procedimento cirúrgico, automaticamente ficará focalizado nas implicações deste evento na sua vida. Para que o stress seja reduzido, no período pré-operatório a preparação psicológica é de primordial importância. Nesta são fornecidas informações sobre os procedimentos e orientações quanto ao ato cirúrgico, sobre o comportamento a ser adotado, assim como o esclarecimento de dúvidas e receios. O enfermeiro deve transmitir calma e confiança, saber ouvir o doente e incentivá-lo a expressar as suas dúvidas e os seus medos. Deve ser feita sempre que possível na véspera da intervenção cirúrgica, visando transmitir uma sensação de acolhimento e protecção.

Por isso, tornou-se importante e pertinente este estudo de investigação, uma vez que objectivo era avaliar a vulnerabilidade ao stress no doente cirúrgico.

O estudo é de natureza quantitativa, transversal e descritivo. A amostra é não probabilística, constituída por 180 doentes, admitidos nos serviços de Cirurgia 1 e Cirurgia 2 para cirurgia programada no Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE (CHTV; EPE), Unidade de Viseu. Na amostra, o sexo feminino é ligeiramente superior ao sexo masculino, respectivamente com 55.6% e 44.4%, com uma média de 57.25 anos. A maioria dos doentes são “casados” ou vivem em “união de fato” 73.9%. No que respeita à zona de residência, a maioria vive em “zona rural” 62.2% e 48.9% possuem a “4ª classe” e 93.3% são católicos. Em relação aos conhecimentos sobre o ato anestésico, observamos que 43.2% sabe que a *anestesia é o ato de adormecer*, 21.6% sabe que *são necessários medicamentos anestésicos para a pessoa adormecer*, 16.8% entende que *existe risco de associado ao ato anestésico*, 19.2% pensa que *o efeito anestésico só termina quando a pessoa a vomita*.

Verificámos que 64.4% já teve experiências cirúrgicas anteriores. A experiência anestésica foi boa em 73.3% e a existência de acontecimentos marcantes em anestésias anteriores, ocorreu apenas em 16.4%. Inferimos que 69.4% dos doentes têm conhecimentos e

30.6% não têm conhecimentos sobre o ato anestésico, 27.2% têm conhecimentos bons e foram adquiridos através dos profissionais de saúde 28.8%, no entanto os conhecimentos globais são fracos (50.4%). Em relação aos conhecimentos sobre o ato anestésico, observamos que 43.2% sabe que a *anestesia é o ato de adormecer*, 16.8% entende que *existe risco de associado ao ato anestésico* e 19.2% manifestou que o *efeito anestésico só termina quando a pessoa a vomita*". Constatamos que 59.4% dos doentes teve visita pré-operatória.

Verificámos que 55,6% da amostra é constituída por doentes "com vulnerabilidade ao stress" e 44,4% dos doentes "sem vulnerabilidade ao stress".

A vulnerabilidade ao stress do doente no período pré- operatório é influenciada pela idade (, quando a idade aumenta, também aumenta a vulnerabilidade), estado civil (divorciados/viúvos" apresentaram maior vulnerabilidade) e habilitações literárias (não sabem ler nem escrever são os mais vulneráveis). Os doentes que tiveram visita de enfermagem pré-operatória são os mais vulneráveis ao stress, no entanto sem relevância estatística. Inferimos que os doentes com bons conhecimentos têm maior vulnerabilidade ao stress, no entanto sem significância estatística. São os doentes com experiência cirúrgica anterior e os que tiveram visita pré-operatória de enfermagem, os que apresentam maior vulnerabilidade ao stress, no entanto sem relação estatística significativa. Concluimos que a vulnerabilidade ao stress é independente das variáveis relativas aos conhecimentos sobre o ato anestésico.

Como forma de divulgação de alguns resultados deste estudo, foi elaborado com duas colegas do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica um poster intitulado "*Conhecimentos, Medos, Crenças e Mitos do Doente Cirúrgico sobre o Ato Anestésico*" apresentado no I Congresso de Enfermagem Médico-Cirúrgica que decorreu nos dias 20,21 e 22 de Outubro deste ano na Escola Superior de Saúde de Viseu, tendo sido classificado em terceiro lugar (cf.Anexo V)

Sendo o objectivo major da visita pré-operatória, reduzir o stress e a ansiedade do doente face à intervenção cirúrgica, esta deve ser efectuada, no contexto da relação enfermeiro-doente, na qual deve haver uma permanente disponibilidade. O estabelecimento desta relação facilita o suporte psicoemocional ao doente transmitindo-lhe segurança e algum controlo sobre a situação. Por isso as intervenções psicológicas e educacionais são cada vez mais importantes no doente que vai realizar uma intervenção cirúrgica.

Face aos resultados obtidos considera-se a necessidade de repensar e reavaliar as ações implementadas durante a visita pré-operatória de enfermagem realizada pelos enfermeiros do

bloco operatório. É imprescindível que o enfermeiro tenha consciência que o seu papel é atenuar, senão eliminar o processo stressante que o doente vivência. Desta forma, o presente estudo destaca a importância de avaliar a vulnerabilidade ao stress do doente cirúrgico no período pré-operatório.

Para além dos contributos contidos neste trabalho, ficam as nossas aprendizagens e o esforço de ter procurado investigar a vulnerabilidade ao stress do doente no período pré-operatório e contribuindo também para a compreensão global das vivências cirúrgicas pelas pessoas.

Este estudo permitiu compreender a temática “A vulnerabilidade ao stress do doente cirúrgico no período pré-operatório”.

Teresa Graça Guerra dos Santos Nisa Pinto

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith – **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2009.

COSTA, Veridiana ; SILVA, Sandra e LIMA, Vívian – **O pré-operatório e a ansiedade do doente: 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. 3 Agosto 2011]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582010000200010&script=sci_arttext

FÉLIX Ana Maria Timóteo – **Quem cuida do cuidador? O custo invisível do acto de cuidar**. Aveiro 2010. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde, apresentada à Universidade de Aveiro Secção Autónoma Ciências da Saúde. [Em linha]. [Consult. 3 Outubro 2011]. Disponível em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3886/1/4381.pdf>

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.

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. 23 Outubro 2011]. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em <http://repositorio.aberto.up.pt/bitstream/10216/16187/2/O%20DOENTE%20CIRRGICO%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 doente: uma revisão**. 2007. *Psicol. hosp. São Paulo*. 2007, vol.5, n.1, pp. 48-59. ISSN 1677-7409. [Em linha].

[Consult. 30 Setembro 2011]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167774092007000100004&script=sci_arttext

LOPES, M. – **A relação enfermeiro-doente: como intervenção terapêutica**. Coimbra: Formasau, 2006.

LOUREIRO, E.M.F. – **Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2006.

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

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

PACHECO, Susana – Stress e Mecanismos de Coping nos Estudantes de Enfermagem. Revista Referência, Coimbra. ISSN 0874-0283. II.ª Série, n.º7 (Outubro 2008) p. 89-95.

PÊGO José Miguel – Resposta neuroendócrina anestesia e cirurgia. 2009. Escola de Ciências da Saúde. Universidade do Minho. [Em linha]. [Consult. 30 julho 2011]. Disponível em http://www.feeaportugal.org/downrestris/curso3_2009/docs/Resposta_neuroendocrina_-_Anestesia_e_Cirurgia.pdf

PEREIRA, Cristiana Almeida Lima – **A resiliência e a vulnerabilidade ao stress numa população sem-abrigo**. Lisboa: Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa. 2009 Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Lisboa,.

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/>

RODRIGUES, Maria Céu – **Stress e burnout na equipa multidisciplinar cirúrgica** Lisboa: Universidade Aberta, 2008 Dissertação Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à

Universidade Aberta.] Em linha]. [Consult. 31 Outubro 2011]. Disponível em <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/710/1/LC417.pdf>

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

SANTOS, André Faro; SANTOS, Lidiane A; MELO, Daniela, O; JUNIOR, António A. – Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecstectomia. Interação em Psicologia. 2006, 10 (1), p. 63-73

SANTOS, André Faro; SANTOS, Lidiane A; MELO, Daniela, O; JUNIOR, António A. – Estresse pré-operatório: comparação entre doentes do Sistema Único de Saúde e Conveniados. Psicologia Reflexão e Crítica. 2009. 22(2), p. 269-276.

SANTOS Rosana Rodrigues; PICCOLI Marister; CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva – Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em doentes de cirurgia oncológica. Cogitare Enfermagem 2007 jan/mar; 12(1) p52-61

SANTOS, Vítor – **Influência da visita pré-operatória no controlo da ansiedade pré-operatória no contexto da anestesia espinhal**. 2008. [Em linha] [Consult.6 Novembro 2011]. Disponível em http://www.forumenfermagem.org/index.php?Option=com_content&view=article&id=3440:influencia-da-visita-pre-operatoria-no-controlo-da-ansied:

SHELLEY, M. e PAKENHAN, K. – The effects of preoperative preparation on postoperative outcomes: The moderating role of control appraisals. Health Psychology, nº 26 (2), p. 183-191, 2007.

SILVA, Maria de Fátima Almeida da – **A vulnerabilidade ao stress e as estratégias de coping dos prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental**. Porto: Universidade do Porto.2008 Dissertação de Mestrado em Medicina Legal apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

TONIOL, Karlos; MACEDO, Juice – **Analisando a visita pré-operatória de enfermagem: o enfoque do cliente**. 2007. [Em linha]. [Consult. 30 Julho 2011]. Disponível em http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2007/anais/juice_ishie_macedo.pdf

VAZ SERRA, Adriano – Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra portuguesa. Psiquiatria Clínica. 1982. Nº 3 (4). P. 191-202.

VAZ SERRA, Adriano – Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. Psiquiatria Clínica, 21:4 (2000) 279-308.

VAZ SERRA, Adriano – **O stress na vida de todos os dias**. 3ª ed. Coimbra: Minerva, 2007.

YAMADA, Aurélio – **Derrubando mitos sobre a anestesia**. [Em linha]. 2010. [Consult. 15 Dezembro 2010]. Disponível em <http://cecmi.wordpress.com/2010/03/01/derrubando-mitos-sobre-a-anestesia>

ANEXOS

ANEXO I

“Instrumento de colheita de dados”



Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO (UnICISE)

CURSO: Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – 1ª Edição

**“A VULNERABILIDADE AO STRESS
DO DOENTE CIRÚRGICO
NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO”**

Teresa Graça Guerra dos Santos Nisa Pinto



CURSO: Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – 1ª Edição

Instrumento de Colheita de Dados

DOMINIO DE INVESTIGAÇÃO

Caro doente, antes de responder às questões que integram este questionário, gostaríamos de informa-lo(a) que:

O presente estudo insere-se numa Investigação sobre o “*A vulnerabilidade ao stress do doente cirúrgico no período pré-operatório*”.

Será garantido o anonimato e confidencialidade dos dados, servindo as suas respostas apenas para um tratamento estatístico.

Solicitamos a sua colaboração no seu preenchimento.

Obrigado pela sua colaboração

Área Científica: Investigação em Enfermagem

Investigador Principal (orientador): Professora Doutora Madalena Cunha

Investigador colaborador: Teresa Graça Guerra dos Santos Nisa Pinto

Curso: Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1ª Edição

QUESTIONÁRIO BIOGRÁFICO E DE SAÚDE

Deve assinalar com uma cruz (X) a quadrícula correspondente à sua situação. Nas questões onde encontrar um espaço em branco (____), deve responder claramente e de forma legível ao que lhe é solicitado. Pedimos para não deixar nenhuma questão por responder, de modo a salvaguardar a validade do questionário.

1 – Idade ____ Anos

2 – Sexo:

Feminino

Masculino

3 – Estado Civil:

Casado (a)

Solteiro(a)

Viúvo (a)

Divorciado (a)

União de facto

4 – Zona de residência:

Urbano

Rural

5 – Habilitações Literárias / Académica:

Não sabe ler nem escrever

4ª Classe

6º Ano

9º Ano

12º Ano

Curso Superior

6 – Religião: _____

7 – Já teve alguma experiência cirúrgica anterior?

Não

Sim

Quantas? _____

Urgência

Programada

Se respondeu NÃO, por favor, passe para a questão 11

“Escala de Vulnerabilidade ao Stress – 23QVS” Vaz Serra (2000)

Assinale com uma cruz (X) a quadricula que melhor corresponde à alternativa em que se situa

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1 – Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas					
2 – Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas					
3 - Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes					
4 – Costumo de dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais					
5 – Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia					
6 – Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar					
7 – Dou e recebo afecto com regularidade					
8 – É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem					
9- Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver					
10 – Sou um indivíduo que se enerva com facilidade					
11 – Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim					
12 – Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado					
13 – As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito					
14 – Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades					
15 – Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão					
16 – Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas					
17 – Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas					
18 – Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto					
19 – Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero					
20 – Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorre					
21 – O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais					
22 – Perante os problemas da minha vida sou mais para a fugir do que para lutar					
23 – Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço					

ANEXO II

“Pedido de autorização para efectuar a colheita de dados”

*As ex.ºs Diretoras e Chefes de URG. Geral para 15/03/11
para informarem. Sendo esta a recomendação dos S.ºs
foi o presente processo de autorização reformulado.*

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

15/03/11



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Hospital de São Teotónio, EPE
Av. Rei D. Duarte
3504-509 VISEU

*Autorizado,
devido as investigadores
fazer a distribuição e recolha
dos questionários*

12/04/11

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº 307	Data: 14/03/2011
Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito da Unidade curricular Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Conhecimentos em anestesia, estratégias de coping, vulnerabilidade ao stress e ansiedade no doente cirúrgico no período pré-operatório".

Este estudo tem como objectivo:

- Avaliar a influência dos conhecimentos sobre anestesia na ansiedade do doente cirúrgico;
- Identificar as estratégias de coping utilizadas pelo doente cirúrgico.

Pretendemos colher dados junto dos utentes no período de 14 de Março a 31 de Maio de 2011 no Serviço de Cirurgia I e II do Hospital de S. Teotónio de Viseu.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, através do Instrumento de Colheita de Dados que junto enviamos em anexo.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que a Professora Madalena Cunha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

Hospital de São Teotónio - Viseu
Secretariado da Administração

Documento nº 570

Recebido 15/03/2011

Sigla 12/04/2011

Secretaria 12/04/2011

Site: <http://www.essv.ipv.pt> • E-mail Geral: essvgeral@essv.ipv.pt • E-mail Secretaria: servicoacademicos@essv.ipv.pt

O Presidente da ESSV

João Cayvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

.../NC

ANEXO III

“Declaração de Consentimento”

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Orientadora: Professora Doutora Madalena Cunha

Investigadora: Teresa Nisa

Reconheço que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar. Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.

Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Assinatura do Participante _____ BI nº _____

___/___/___

ANEXO IV

“Autorização para utilização da “Escala de Vulnerabilidade ao Stress – 23QVS”

Vaz Serra (2000)

Gmail Calendário Docs Fotografias Sites Grupos Web Mais +



Procurar correio Pesquisar a Web Mostrar opções de pesquisa Criar filtro

Ativou a Vista de Compatibilidade do Internet Explorer. O Gmail funciona melhor com esta opção desativada. Saiba como fazê-lo

Correio Contactos

Arquivar Spam Eliminar Mover para Marcadores Mais

Tarefas

Compor mensagem

Caixa de entrada (54) Buzz Com estrela Importante Correio enviado Rascunhos (1) Pessoal Viagens

Fwd: Pedido de ajuda Caixa de entrada X

paula gaspar Mensagem encaminhada De: paula gaspar <paulaga... 26/12/10
Teresa Pinto Bom dia sr. prof Adriano peço desculpa por estar a incomodá-lo. Sou 29/12/10
Adriano Vaz-Serra adriano.vazserra@gmail.com para mim mostrar detalhes 30/12/10

Senhora Enfermeira Teresa Pinto,
Tenho todo o gosto em que utilize no seu trabalho a minha escala 23QVS.
Para lha enviar, juntamente com outros documentos informativos e o programa de cotação precisava de um endereço seu dos correios, com rua e código postal.
Logo que mo envie de seguida mando-lhe o que precisa. Pode ser?
Com votos de um FELIZ ANO NOVO 2011, aceite as melhores saudações de
Adriano Vaz Serra

Responder Encaminhar

Teresa Pinto para Adriano mostrar detalhes 30/12/10 Responder

Senhor Professor Adriano Vaz Serra,
Agradeço a sua autorização para a utilização da escala 23QVS. Contudo já me foi fornecido pelo senhor professor há uns meses atrás os documentos informativos e o programa de cotação quando eu fiz parte de um trabalho de grupo juntamente com outras três colegas.
Mais uma vez agradeço a sua disponibilidade.
Feliz Ano Novo 2011, Teresa Pinto.

No dia 30 de Dezembro de 2010 10:36, Adriano Vaz-Serra <adriano.vazserra@gmail.com> escreveu:
- Mostrar citação -

Responder Encaminhar

Arquivar Spam Eliminar Mover para Marcadores Mais

8% utilizada
A utilizar 646 MB dos seus 7657 MB

©2011 Google - Termos de Utilização e Privacidade
Desativar buzz

ANEXO V

Certificado poster

“Conhecimentos, Medos, Crenças e Mitos do Doente Cirúrgico sobre o Acto Anestésico”



1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
WISEU | 20, 21 e 22 Outubro | 2011

**COMPROMISSO
COM A EXCELÊNCIA**

**CUIDAR A PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

CERTIFICADO

Certifica-se que Madalena Cunha, Gracinda Ramos, Paula Lopes e Teresa Nisa apresentaram o poster «*Conhecimentos, medos, crenças e mitos do doente cirúrgico sobre o acto anestésico*» no 1º Congresso de Enfermagem Médico-Cirúrgica «*Compromisso com a excelência — Cuidar a pessoa em situação crítica*» organizado pelo 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), que decorreu no Auditório Principal da ESSV, nos dias 21 e 22 de Outubro de 2011, tendo sido atribuído ao mesmo o 3º Prémio.

Duração da comunicação: 15 minutos.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 22 de Outubro de 2011

A Presidente do Conselho Técnico-Científico,

O Presidente da ESSV,

Prof.ª Doutora Manuela Ferreira

Prof. Doutor Carlos Pereira

1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

PROGRAMA CIENTÍFICO

DIA 20 de OUTUBRO — WORKSHOPS

14:00 - 18:00

Electrocardiografia — Enf. Rui Campos (INEM)
Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa
 Enf. Margarida Raimundo (SIV-INEM) / Enf. Ana Patrícia (VWER-INEM)
Shiatsu — Dr. Marco Vieira (Associação de Shiatsu de Portugal)
Feridas — Dr. Teresa Garcia (GAF) / Dr. Odalina Martins (GNF)
Nutrição Enteral - intervenção de Enfermagem
 Enf. Ana Gomes (UCIP e Comissão de Nutrição CH Tondela-Viseu)
 Enf. Ana Reis (UCIP CH Tondela-Viseu)

DIA 21 de OUTUBRO

8:30 - Abertura do Secretariado

9:00 - Cerimónia de abertura do Congresso
 9:30 - Mesa Redonda: O novo modelo de desenvolvimento profissional
 - Inovação ou Incertezas?

Moderador: Prof. Dr. Daniel Silva (ESSV)

Créditos de Acreditação dos Serviços para o Exercício Profissional Tutelado,

Enf. Fernando Júlio Pinto (Ordem dos Enfermeiros)

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
 Enf.ª António Faria (Mesa do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica—Ordem dos Enfermeiros)

10:45 - Intervalo para Café

11:15 - Mesa Redonda: **Vias Verdes na Saúde**

Moderador: Prof. António Madureira (ESSV)

Via Verde Sepsis - Enf. Sílvia Mourisco (Hospital São João, EPE)

Via Verde Trauma - Enf.ª Alzira Moreira (Hospital São João, EPE)

Via Verde Coronária - Enf. António Costa (Centro Hospitalar de Coimbra, EPE)

Via Verde AVC-Dr. Gustavo Cordeiro (Hospitais, Universidade de Coimbra, EPE)

Tringem de Manchester - Novas Orientações Enf. Paulo Silva (CH Tondela-Viseu, EPE)

13:00 - Almoço

14:30 - Mesa Redonda: **Saúde Séc. XXI, Novos Actores, Novas Realidades**

Moderador: Prof. José Costa (ESSV)

Cidadania em Saúde - Um Novo Designio Para o Séc. XXI,

Enf. Casimiro Dias (Technical Officer OMS/Europa)

Enfermagem - Que futuro?

Enf. Sérgio Gomes (Chief Nursing Officer, DGS)

15:30 - Mesa Redonda: **Violência Doméstica - Intervenções no Serviço de Urgência**

Moderador: Prof.ª Doutora Madalena Cunha (ESSV)

Projecto de Intervenção em Rede

Enf. António Veiga - Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Preservação de Provas Forenses em Contexto de Urgência/Emergência

Enf. Albino Gomes - Perito em Ciências Criminais

Aspectos Ético-Legais

Prof. Doutor José Pinto da Costa, Professor Catedrático Jubilado (CBAS-U, Porto)

16:30 - Intervalo para café

17:00 - Comunicações Livres e Discussão de Posters Científicos

20:00 - Jantar Convívio

DIA 22 de OUTUBRO

8:30 - Abertura do Secretariado

9:00 - Mesa Redonda: **Enfermagem Avançada: da evidência científica à prática clínica**
 Moderador: Prof. Doutor Carlos Albuquerque (ESSV)

Reflexões Sobre o Cuidar da Pessoa em Situação Crítica,

Prof. Doutor José Amendoeira (Escola Superior de Saúde de Santarém)

Factores de Mudança da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem,

Prof.ª Doutora Marta Lima Basto (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Contributos da Investigação,

Prof. Doutor Victor Rodrigues (Escola Superior de Enfermagem de Vila Real)

*a confirmar

11:00 - Intervalo para Café

11:30 - Mesa Redonda: **Gestão do Risco e Segurança do Doente**

Moderador: Prof. Oliveria Ribeiro (ESSV)

Gestão do Risco Clínico, Enf. Susana Ramos (Hospital de Santa Marta)

Prevenção de Erros de Medicação, Enf. Ana Catarina Lobo (Centro de Reabilitação de Alcoitão)

Indicadores de Qualidade em Saúde, Enf. Manuel Oliveira (Ordem dos Enfermeiros)

13:00 - Almoço

14h30 - Mesa Redonda: **Doente Crítico**

Moderador: Prof. José António Pinho (Hospital de Santo António, EPE e Sociedade

Portuguesa de Cuidados Intensivos)

Hemodinâmica, Dr. Francisco Esteves - (CH Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE)

Abordagem ao doente Queimado, Enf. Miguel Pereira (H. Universidade de Coimbra, EPE)

Avaliação da Dor - Perspectivas Nacionais em UCI, Enf.ª Helena Carneiro (CH Tondela-Viseu)

Morte Cerebral / Transplantação, Dr.ª Inês Barros (CH Tondela-Viseu)

16:00 - Intervalo para café

16:15 - Mesa Redonda: **Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde**

Moderador: Prof.ª Judite Aparício (CH Tondela-Viseu)

A Problemática das IACS na Actualidade,

Dr.ª Elaine Pina (Coordenadora Nacional PNCI, DGS)

O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na CCI,

Enf.ª Ana Ceada (CCI Centro Hospitalar Lisboa Central, Ass. Nacional Controla Infecção)

Boas Práticas no Controlo das IACS,

Dr. Eduardo Melo (CH Tondela Viseu)

Prevenção e controlo de infecção hospitalar: O que? Como? Para quem?

Enf. Américo Agostinho (Serviço de Prevenção e Controlo de Infecção dos Hospitais

Universitários de Genebra, Suíça - Centro Coordenador OMS do programa World Alliance

for Patient-Safety)

17:30 - Entrega de Prémios das Comunicações Livres e Posters Científicos

18:00 - Sessão de Encerramento

18:30 - Prova de Vinhos / Actuação Viriátuna

IVISEU - 2011

20, 21 e 22 de Outubro

COMPROMISSO COM A EXCELÊNCIA

CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

| Modelo de Desenvolvimento Profissional

| Enfermagem Avançada

| Doente Crítico

| Vias Verdes

| Gestão do Risco Clínico e Segurança do Doente

| Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

Workshops

/Suporte Básico de Vida e DAE

/Nutrição Enteral

/Feridas



CONHECIMENTOS, MEDOS, CRENÇAS E MITOS DO DOENTE

CIRÚRGICO SOBRE O ACTO ANESTÉSICO



Madalena Cunha *; Gracinda Ramos **; Paula Lopes **, Teresa Nisa **

* Docente ESSV – IPV ** Estudantes do 1º CMEMC – ESSV- IPV



INTRODUÇÃO

Apesar do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, os mitos e crenças continuam presentes na área da saúde, principalmente na procura de soluções de problemas que fogem ao entendimento humano. Para muitas pessoas que precisam de se submeter a uma cirurgia, o principal medo não é só da cirurgia em si, mas sim do acto anestésico.

OBJECTIVO

Avaliar os conhecimentos, medos, crenças e mitos do doente cirúrgico sobre o acto anestésico.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo exploratório realizado numa amostra de 180 doentes (80 homens e 100 mulheres), com uma média de idades de 57,25 anos internados nos serviços de Cirurgia do CHTV-EPE, Unidade de Viseu. A colheita de dados foi realizada através de um questionário.

Quadro 1 - Caracterização da Amostra

VARIÁVEL	N	%
IDADE		
≤35 anos	26	14.40
36 – 50 anos	33	18.30
51 – 65 anos	54	30.00
>65 anos	67	37.20
ESTADO CIVIL		
Casado	129	71.70
Solteiro	16	8.90
Víuvo	20	11.10
Divorciado	11	6.10
União de facto	4	2.20
RESIDÊNCIA		
Urbano	68	37.80
Rural	112	62.20
HAB.LITERÁRIAS		
Analfabetos	6	3.30
4ª classe	88	48.90
6º ano	15	8.30
9º ano	21	11.70
12º ano	27	15.00
Curso superior	23	12.80
RELIGIÃO		
Católica	168	93.30
Adventista	3	1.70
T. Jeová	1	0.60
Não tem	8	4.40

A presença de conhecimentos sobre o acto anestésico foi constatada em 69.40% dos doentes cirúrgicos. Das resposta obtidas, 65.80% correspondem a conhecimentos verdadeiros, sendo o mais referenciado 19.90%, o “acto de adormecer” ; 18.40% referem ter medos e 15.80% crenças e mitos imperando a ideia de que “o efeito da anestesia só termina quando a pessoa a vomitar” .

Gráfico 1 – Presença de Conhecimentos sobre o Acto Anestésico no Doente Cirúrgico

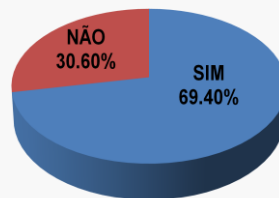
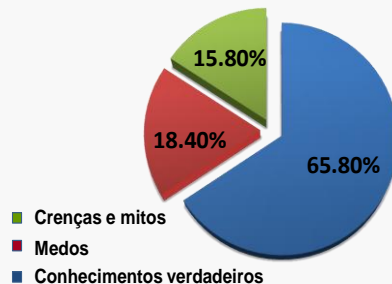


Gráfico 2 – Conhecimentos Verdadeiros, Medos, Crenças e Mitos



Quadro 2 - O Que Sabem os Doentes Sobre o Acto Anestésico

CONHECIMENTOS VERDADEIROS	N	%
Acto de Adormecer	60	19,90*
Administração de medicamentos anestésicos	27	8,90*
Existem vários procedimentos anestésicos	22	7,30*
MEDOS	N	%
Medo da dor	22	7,30*
Medo de morrer	21	7,0*
CRENÇAS E MITOS	N	%
O efeito da anestesia só termina quando a pessoa a vomitar	24	7,9*
Perda de memória	15	5,0*

*Itens mais referenciados e % atribuídas em relação ao número de respostas

CONCLUSÕES: Os resultados denotam existir no doente cirúrgico défice de informação sobre o acto anestésico, perdurando ainda medos, crenças e mitos sobre este procedimento, inferindo-se a pertinência e necessidade da realização da visita de enfermagem pré-operatória no sentido de melhorar os conhecimentos, diminuir os medos e desmistificar crenças e mitos.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cotação dos Conhecimentos sobre o acto anestésico

Cotação dos Conhecimentos sobre o acto anestésico

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

APÊNDICE II

“Consistência Interna da Escala da Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS”

“Consistência Interna da Escala da Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS”

ITENS	Média	Desvio Padrão	α Cronbach s/ item
1) Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas	1,65	0,655	0,791
2) Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas	3,46	1,140	0,779
3) Quando tenho problemas que me incomodam, posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	2,02	0,918	0,794
4) Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais	2,38	1,016	0,791
5) Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia	1,98	0,868	0,775
6) Quando tenho um problema para resolver, usualmente, consigo alguém que me possa ajudar	2,18	0,999	0,783
7) Dou e recebo afecto com regularidade	1,67	0,690	0,784
8) É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem	2,61	1,244	0,791
9) Perante as dificuldades do dia-a-dia, sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver	3,57	1,153	0,785
10) Sou um indivíduo que se enerva com facilidade	2,91	1,371	0,767
11) Na maior parte dos casos, as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim	3,02	1,202	0,777
12) Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado	3,07	1,200	0,769
13) As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito	3,13	1,280	0,772
14) Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas, do que às minhas próprias necessidades	3,51	1,121	0,774
15) Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão	2,40	1,335	0,770
16) Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas	2,14	1,039	0,773
17) Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas	3,86	1,13	0,781
18) Nas alturas oportunas, custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto	2,62	1,20	0,776
19) Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero	3,84	1,17	0,765
20) Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem	3,15	1,26	0,765
21) O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais	2,92	1,19	0,780
22) Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar	3,90	1,11	0,786
23) Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço	2,45	1,17	0,771
COEFICIENTE ALFA CRONBACH GLOBAL		0,787	