

Maria Gracinda Rodrigues Ramos

Relatório Final de Mestrado

Volume II

Coping Resiliente em Doentes Cirúrgicos

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica - 1ª Edição

Estudo efetuado sob orientação da
Professora Doutora Maria Madalena Jesus
Nunes Cunha



Janeiro 2012

AGRADECIMENTO

No fechar deste ciclo de saberes gostaria de agradecer às pessoas que de forma mais ou menos direta contribuíram para o confinar tão co-constutivo deste período de aprendizagem. A todos o meu GRANDE OBRIGADA!

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Madalena Cunha pelo rigor e exigência com que orientou este trabalho, e sobretudo pela dedicação, compreensão, disponibilidade e apoio fornecido ao longo de toda a investigação.

Quero também agradecer aos membros do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu- EPE, Unidade de Viseu pela autorização da recolha de dados.

Um sincero obrigado também a todos os doentes que concordaram colaborar neste estudo, sem a participação dos quais a recolha de dados para o estudo teria sido inviabilizada.

A todos aqueles a quem nos momentos de maiores dificuldades ou de desânimo recorri em busca de apoio e motivação.

A eles dedico este trabalho.

RESUMO

Atualmente ninguém coloca em questão, que a vivência de uma intervenção cirúrgica é uma experiência geradora de stress requerendo a mobilização das estratégias de *coping* para com ela lidar de forma minimizar potenciais danos dela decorrentes. Neste contexto, o presente estudo intitulado “*coping resiliente em doentes cirúrgicos*” avaliou a presença do *coping resiliente* no doente cirúrgico; bem como explorou a existência de influência das variáveis sócio demográficas e clínicas nos comportamentos de *coping* do doente cirúrgico.

Trata-se de um estudo transversal quantitativo, de carácter descritivo e correlacional. Participaram 180 doentes, propostos para cirurgia programada nos serviços de cirurgia 1 e 2 do Centro Hospitalar Tondela -Viseu, EPE, unidade de Viseu, nos meses de abril e maio de 2011. Na amostra 55,6% são do sexo feminino e 44,4 %do sexo masculino. Com idade compreendida entre 18 e 87 anos (M= 57,25 anos), 71,7% são casados, 62,2% reside em zona rural, 48,9% tem apenas a 4ª classe, 93,3% são católicos. Inferimos que 54% usufruiu a visita de enfermagem pré-operatória, 64,4% já tiveram experiências cirúrgicas, em regime de cirurgia programada (62,9%), com boa experiência anestésica 73,3%. Os conhecimentos sobre o ato anestésico (26,1%) foram adquiridos através de familiares, mas apenas 24% são bons conhecimentos, alguns dos doentes revelam medos ainda existem mitos e crenças. Inferimos que 87,8% tem baixa resiliência, sendo dominante este nível de resiliência quer nas mulheres, quer nos homens. Apenas 12,2% dos doentes cirúrgicos pontuaram resiliência moderada. As variáveis sócio demográficas, clínicas e os conhecimentos não se relacionaram de forma significativa com o *coping resiliente*.

Os resultados sugerem que na visita de enfermagem pré-operatória os enfermeiros deverão promover o *coping resiliente* através da implementação sistematizada da visita de enfermagem pré-operatória, informar o doente sobre os acontecimentos do período perioperatório de forma apaziguar os medos, receios e angústias. Para além disso considera-se que seria benéfico desenvolver estudos nesta área, no sentido de conhecer a reação dos doentes à cirurgia. O conhecimento pode fundamentar a atuação dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de cuidados que visem promover o *coping resiliente*.

Palavras-chaves: Coping Resiliente, Doente Cirúrgico

ABSTRACT

Today no one puts in question, that the experience of a surgical intervention is an experience generating stress requiring the mobilization of coping strategies to deal with it in order to minimize potential damage arising from it. In this context, this paper titled "resilient coping in surgical patients" evaluated the presence of resilient coping in surgical patients, and explored the existence of influence of sociodemographic and clinical variables in the surgery patient's coping behaviors.

It is a cross-sectional quantitative, descriptive and correlational study. A total of 180 patients scheduled for surgery were proposed on the surgical wards one and two of the Tondela-Viseu Hospital Center, EPE, in the unit of Viseu, in the months between April and May 2011. In the sample 55.6% are female and 44.4% were male. Aged between 18 and 87 years (M=57.25 years), 71.7% are married, 62.2% live in rural areas, 48.9% have only the 4th grade, 93.3% are Catholic. We infer that 54% had nursing preoperative visit, 64.4% have had surgical experiments, in the regime of programmed surgery (62.9%), good experience with anesthesia 73.3%. Knowledge of anesthesia (26.1%) were acquired through family members, but only 24% have the good knowledge, some patients reveal fears there are still myths and beliefs. We infer that 87.8% have low resilience, being dominant at this level of resilience both women and men. Only 12.2% of surgical patients scored moderate resilience. The sociodemographic, clinical variables and knowledge did not correlate significantly with the resilient coping.

The results suggest that the nursing preoperative visit the nurses should promote resilient coping through the implementation of systematic nursing visits preoperative inform the patient about the events in the preoperative period in order to calm down the fears and anxieties. In addition it is considered that it would be beneficial to develop studies in this area in order to know the reaction of patients to surgery. Knowledge can support the work of health professionals to develop care aimed at promoting resilient coping.

Keywords: Resilient Coping, Surgical Patient

ÍNDICE

	Pág
ÍNDICE DE QUADROS	11
1-INTRODUÇÃO	15
2-ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
3-METODOLOGIA	25
3.1-HIPOTESES DE INVESTIGAÇÃO	25
3.2-PARTICIPANTES	25
3.3- PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	26
3.4-INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	26
3.5-PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	28
4- RESULTADOS	29
4.1-CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS DO DOENTE CIRÚRGICO	29
4.2-CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DO DOENTE CIRÚRGICO	31
4.3-CONHECIMENTOS SOBRE O ATO ANESTÉSICO	33
4.4- COPING RESILIENTE	38
4.5-ANÁLISE INFERÊNCIAL	41
5-DISCUSSÃO DOS METODOS E DOS RESULTADOS	45
6-CONCLUSÕES	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	57
ANEXO I - Declaração do consentimento do doente.....	59
ANEXO II - Autorização da Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Unidade de Viseu	61
ANEXO III - Instrumento de colheita de dados	63
ANEXO IV - Pedido de autorização da utilização da “Escala Breve de Coping Resiliente “	65
ANEXO V - Certificado do Poster “Conhecimentos, Medos, Crenças e Mitos do doente cirúrgico sobre o ato cirúrgico”	67
APÊNDICES	69

APÊNDICE I - Como foram adquiridos os conhecimentos sobre o ato anestésico	71
APÊNDICE II - Distribuição dos inquiridos segundo os conhecimentos sobre o ato anestésico	73

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Conhecimentos sobre o ato anestésicos avaliados, respetiva codificação das afirmações.....	34
Quadro 2 – Estatísticas relativas à idade do doente em função do sexo	29
Quadro 3- Características sócio demográficas em função do sexo dos doentes cirúrgicos	30
Quadro 4 – Caracterização clínicas em função do sexo (1)	31
Quadro 5 – Caracterização clínica em função do sexo (2)	32
Quadro 6 – Estatísticas relativas ao número de cirurgias dos doentes em função do sexo	32
Quadro 7 – Distribuição dos doentes segundo efeitos secundários após anestesia	32
Quadro 8 – Presença de conhecimentos sobre o ato anestésico no doente cirúrgico	33
Quadro 9 - Distribuição dos inquiridos segundo a forma de aquisição de conhecimentos	33
Quadro 10- Estatísticas relativas aos conhecimentos dos doentes em função do sexo	35
Quadro 11 – Relação de associação entre níveis de conhecimentos sobre o ato anestésico e sexo.....	35
Quadro 12 - Conhecimentos corretos e falsos conhecimentos do doente cirúrgico sobre o ato anestésico.....	37
Quadro 13 - Estatística relativa ao Coping Resiliente em função do sexo.....	38
Quadro 14 – Características do coping resiliente por níveis em função das variáveis sócio demográficas e clínicas e conhecimentos	40
Quadro 15 – Correlação de linear simples relacionando o Coping Resiliente com a idade e o número de cirurgias	40
Quadro 16- Resultados do teste U de Mann-Whitney relacionando as variáveis sócio demográficas e clínicas e conhecimentos com o coping resiliente	44
Quadro 17 – Resultados do teste Kruskal Wallis relacionando as variáveis sócio demográficas e clínicas e conhecimentos com o coping resiliente	44

SIMBOLOS

% – Percentual

< – Menor

> – Maior

\bar{x} – Média

Me - Mediana

Mo – Moda

Dp – Desvio Padrão

CV – Coeficiente de Variação

X² – Qui-Quadrado

n – Amostra

p – nível de significância

SK – Skewness

K – Kurtosis

1-INTRODUÇÃO

Apesar do desenvolvimento da medicina e do avanço tecnológico alcançado, temos consciência que a hospitalização impõe constantes mudanças de ordem física, social e psicológica (Umann, Guido, Linch, 2010). Particularmente quando se trata de uma situação grave de saúde, que envolve procedimento invasivo, ou cirúrgico que implica anestesia, leva o ser humano a mobilizar os seus mecanismos protetores. Esta proteção não depende do somático mas também do psíquico, estando relacionada com características objetivas e subjetivas, resultando da interpretação de estímulos e experiência (Medeiros, Peniche, 2006).

De acordo com Lopez & Redondo; 1998 citado por Gomes, 2009 a pessoa quando está hospitalizada, existe uma ruptura com o seu meio habitual, que modifica os seus costumes, hábitos e, em geral, a sua capacidade de auto realização, dos cuidados pessoais.

Além disso, no momento em que necessita de ser submetido a intervenção cirúrgica, as circunstâncias são complexas e variáveis, podendo desencadear uma série de inquietações (medos, incertezas), preocupações com o que irá acontecer (Medeiros, Peniche, 2006).

As quais puderam advir da falta de informação e orientações necessárias sobre a cirurgia (Regêncio, 2009). O desconhecimento acerca do que vai acontecer favorece o aparecimento de reações emocionais imprescindíveis, as quais vão potenciar a intensidade da ansiedade do doente (Santos, 1999 citado por Santos, 2008). Nesta linha de pensamento para Leitão (1992) citada por Gomes (2010) o medo do desconhecimento, os sentimentos de insegurança, a dependência, entre outros, são causas de ansiedade para o doente sendo essencial, o enfermeiro estabelecer uma relação de proximidade, tentando colmatar as necessidades de cuidados que o doente expresse, nomeadamente a informação.

A antecipação desses acontecimentos pode desencadear sentimentos e avaliação cognitiva que será influenciada pelas diferenças individuais, resultando comportamentos peculiares de ajuste com a finalidade de enfrentar as alterações provocadas por esses acontecimentos (Chaves et al, 2000).

As expectativas, o medo e o desconhecido sobre o ato cirúrgico e anestesia desencadeiam alterações emocionais (Moraes, Peniche 2003), pelo que é imprescindível, no

período pré-operatório, informar o doente sobre os acontecimentos do perioperatório de forma a apaziguar os seus medos, receios, angústias, atendendo às suas necessidades naquele momento (Gomes, 2009). A mesma autora refere que abordagem ao doente cirúrgico não deve apenas passar pelo ato operatório em si, mas por uma preparação mais abrangente, contemplando os aspectos físicos, psicológicos, espirituais e sociais, que são essências para o êxito de todas as fases que compõem o processo cirúrgico.

O ato cirúrgico além de impor alterações a nível psicológico também impõe constantes mudanças de ordem física e social. Essas mudanças podem ser percebidas como stress, que podem ser enfrentado por meio de estratégias utilizadas pelo indivíduo, intituladas *coping*, (Umann, Guido, Linch, 2010).

Atualmente ninguém coloca em questão que a vivência de uma intervenção cirúrgica é uma experiência geradora de stress requerendo mobilização das estratégias de *coping*, de forma a minimizar os potenciais danos dela resultante.

Poderemos salientar que *coping* são ações auto iniciadas de forma intencional pela pessoa com a finalidade de alterarem a interação com a situação de stress, ou a percepção da situação, em ambos os casos de uma forma adaptativa, através da mobilização de recursos intrínsecos ou extrínsecos (Sequeira, et al, 2009). Coping é atitude de “gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (CIPE versão 2, 2011, pag 46). Pode se inferir a importância da consciencialização da pessoa que tem que ser operada sobre o *coping*, minimizando os efeitos adversos.

Em suma o *coping* é um factor estabilizador, ou de adaptação, cujo recurso e mobilização facilita o ajustamento individual, quando se está perante situações de stress. Adaptação positiva indica a existência do *coping resiliente*, o qual se desenvolve a partir de uma abordagem orientada para o problema, com o desenvolvimento de recursos pessoais úteis, para enfrentar a adversidade.

Quando as respostas orgânicas são inadequadas, estas levam a alterações fisiológicas, Kiecolt-Glaser, Page, Marucha, MacCallum & Glaser (1998) citados por Santos et al (2006), referem que pode haver repercussão neuroendocrinológicas, levando à inibição dos linfócitos, dificultando no combate a infeções, retardando a cicatrização de ferida cirúrgica diminuindo a resposta inflamatória. Também Leitão (1992) citado por Gomes (2009) é da opinião que a cirurgia, programada ou não, surge na vida do indivíduo como um factor desfavorável, provocando desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e mesmo sócio-familiares.

O conhecimento do stress e do *coping* utilizado pelos doentes é essencial para o acompanhamento e tratamento dos doentes que vão ser submetidos a uma cirurgia, visto que a repercussão emocional pode comprometer a adaptação e recuperação no pós-operatório.

Reconhece-se cada vez mais, a urgência em se desenvolverem estratégias e competências de forma a levar as pessoas a saberem lidar com os problemas do dia a dia.

Tamayo e Troccoli (2002) citados por Silva (2006) acreditam que as pesquisas sobre *coping* poderiam reduzir o stress dos doentes e custos nas organizações. Neste sentido, penso que se torna imprescindível ter de considerar a necessidade de desenvolver as capacidades individuais para que a pessoa possa ser mais resiliente quando enfrenta situações de stress.

Por outro lado Sequeira (2008), efetuou um estudo, cujos resultados foi, o *coping* assume um foco de atenção de Enfermagem particularmente importante, pois apesar de muitas vezes não ser prioritário pelos enfermeiros; a própria hospitalização da pessoa, por si só, pode implicar a exposição a uma situação de stress e requerendo a mobilização do *coping*.

Para além do que foi evocado anteriormente; consideramos este estudo, pertinente uma vez que o objetivo deste estudo é identificação do *coping resiliente* do doente cirúrgico, profetizando o comportamento adaptativo para uma melhor recuperação no pós-operatório, uma das premissas dos profissionais de saúde que cuidam esses doentes.

Por se acreditar que os conhecimentos dos mecanismos de adaptação podem ser um aspecto diferencial na promoção da qualidade de vida do doente, efetuamo o presente estudo, o qual se enquadra na unidade curricular: Relatório Final, inserido no Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

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

- Que variáveis influenciam o coping resiliente do doente cirúrgico no período pré-operatório?
- Qual o nível coping resiliente o doente cirúrgico apresenta no período pré-operatório?
- Que tipo de conhecimentos sobre o ato anestésico o doente cirúrgico manifesta no período pré-operatório?

Como forma de obter respostas às questões de investigação, definimos os seguintes objetivos:

- Analisar a relação entre as variáveis sócio demográficas (idade, sexo, estado civil, zona de residência, habilitações literárias e religião) no *coping resiliente*;

- Analisar a influência das variáveis clínicas (experiências cirúrgicas, acontecimentos marcantes da anestesia, visita de enfermagem pré-operatória) no *coping resiliente* em doentes cirúrgicos.

- Determinar o tipo de conhecimento sobre o ato anestésico descrito pelo doente.

O presente relatório integra seis capítulos, no primeiro apresentam as motivações para a realização do estudo, bem como são definidos os objetivos e a questão de investigação. No segundo se desenvolve o enquadramento teórico. O terceiro capítulo expõe a metodologia os métodos. Os resultados ocupam o quarto capítulo onde é abordada a estatística descritiva e inferencial. No quinto capítulo é efetuada a discussão dos resultados. Por fim nas conclusões são apresentadas as considerações finais e uma síntese dos principais resultados bem como as futuras linhas de investigação relacionadas com o *coping resiliente* nos doentes cirúrgicos.

2-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O ser humano é um ser profundamente complexo. Quando adoece reage, particularmente, de acordo com as suas características pessoais e segundo os fatores externos presentes. Como tal não podemos considerar apenas a doença em si, pois esta na realidade não existe; o que existe são pessoas com doença. Torna-se importante valorizar os doentes, na medida em que estes é que justificam a necessidade e a visibilidade das ciências da saúde. (Fernandes, 2011).

A cirurgia é uma ameaça potencial ou mesmo real para a integridade corporal da pessoa, a qual mobiliza um alto volume de energia psíquica no pré-operatório (Log, 1999 citado por Santos, 2008), por esta razão também é uma preocupação para o anestesista, e não apenas para doente que vai ser submetido ao procedimento cirúrgico (Regêncio, 2009).

O pré-operatório é um momento de vulnerabilidade para o doente, é fundamental a preparação psicológica, tendo em conta as necessidades individuais (Ferreira, Borges, Figueiredo, 2007). Assim os cuidados deveram ser proporcionais ao risco inerente, tendo presente que o doente sujeito a procedimentos anestésicos torna-se indubitavelmente mais vulnerável (Lopes, 2007). Segundo Bellman (2003) entre outros autores citados por Gomes (2009) partilham da opinião que o enfermeiro desempenha um papel fundamental no período cirúrgico. Daqui, podemos depreender que é essencial atenção e apoio proporcionado pelo enfermeiro, nestas circunstâncias em que o doente habitualmente se encontra em estado de alerta, tentando captar algo que esteja interferindo ou que possa interferir em todo o processo cirúrgico. O enfermeiro desempenha funções específicas e definidas, cujo objetivo comum é cuidar com qualidade, atendendo o doente como um todo, com todas as suas necessidades físicas, psicológicas e espirituais (Pinheiro, 1993 citado por Gomes 2009). Estas surgem da obrigatoriedade de oferecer ao doente um cuidado autêntico com valorização, particularizada, da sua situação assim como das suas preocupações, medos e necessidades. (Gomes, 2009). Tendo sempre presente que as necessidades variam de indivíduo para indivíduo, pois cada pessoa é considerada um ser único, logo a forma de satisfazer cada uma das necessidades é pessoal e individual.

A anestesia é uma das especialidades mais recentes da medicina, tendo sido o primeiro anestésico (medicamento usado para anestésiar) administrado em Boston, em 1846 por William Morton (Regêncio, 2009).

A palavra anestesia deriva do grego e significa “ausência de sensação”, é um estado induzido por medicamento, tornando possível a execução de procedimentos terapêuticos e diagnóstico sem dor. Anestesia é a especialidade médica que envolve mais mistério, o desconhecimento do que se passa quando o doente é anestesiado é o grande responsável pelo medo, (Regêncio, 2009).

Para a maioria dos doentes a palavra anestesia é algo de estranho, pelo facto da perda de consciência retirar o controlo da realidade que o rodeia, traduzindo-se num sentimento de grande intranquilidade. No entanto a falta de informação é a maior causa para tanto medo segundo os especialistas (AESOP, 2006). Esta ideia é reforçada por Yamada (2010), refere que a falta de conhecimento na área de anestesia, desencadeia apreensão nas pessoas que necessitam de uma intervenção cirúrgica.

Santos (2008) menciona que o ato cirúrgico é uma experiência geradora de ansiedade para o doente, tanto a nível psicológico, como fisiológico, na medida em que o doente tem pouco controlo sobre essa situação. Essa ansiedade é variável de doente para doente, vários factores estão na sua origem, (Medeiros e Peniche, 2006).

Os recursos que as pessoas possuem são relativos a aspectos diversos tais como: à experiência da pessoa, às características da sua maneira de ser, à sua capacidade económica, ou, simplesmente, à possibilidade de apoio social onde está inserido. A situação será menos perturbadora e menos relevante, se existirem um maior número de recursos. Assim, a informação a transmitir deve ser congruente, convergindo com o que os indivíduos desejam e de acordo com as suas características individuais, (Gomes, 2009).

Neste sentido, torna-se necessário conhecer os recursos e estratégias de *coping* utilizados pelo doente, com vista a adapta-lo aos problemas emocionais e fisiológicas do processo cirúrgico (Sebastiane, Maia; 2005 e Haddad, Paes; 2005 citado por Umann, Guido, Linch; 2010).

Coping é um factor estabilizador, ou de adaptação que facilita o ajustamento individual, quando se está perante situações stressantes (Holahanol & Moos; 1987 citado por Pais Ribeiro, Rodrigues; 2004). A mesma ideia é referida por Pais Ribeiro (2007), citado por Silva (2009) o *coping* tem sido reconhecido o efeito facilitador, que diz respeito ao

ajustamento ou adaptação a situações geradoras de stress. Embora existam inúmeras definições, cada uma delas tenha variações consoante a perspectiva teórica que lhe serve de enquadramento.

Em Portugal *coping* é um vocábulo da psicologia. Refere Vaz Serra (1987) que o conceito de *coping* não tem uma tradução direta, ainda Santos, Pais Ribeiro e Guimarães (2003) mencionam que é um termo de difícil tradução que pode ser definido como sendo um conjunto de esforços realizados para lidar com uma situação.

O português falado do Brasil utiliza o termo “*enfrentamento*” tal como os espanhóis (Pais Ribeiro, Rodrigues, 2004). Neste trabalho vamos adoptar o “*coping*” como um neologismo.

O termo *coping* adquiriu um carácter técnico, apenas nos anos sessenta, anteriormente era utilizado informalmente na literatura das ciências sociais e médicas. Foi nesta altura que alguns autores designaram por mecanismo de *coping* determinados mecanismos de defesa adaptativos. (Telles-Correia et al, 2008).

Com o modelo de Lazarus nos anos setenta o *coping* passou a ser considerado como resultado de um processo que depende de uma situação concreta, mais do que avaliação que o sujeito faz dela. (Pais Ribeiro, Morais; 2010).

Durante os anos 70 e 80 do século XX, o estudo do *coping* começou a alargar os seus horizontes com a implementação de uma nova perspectiva, defendida por Lazarus (1986), que coloca a ênfase na avaliação cognitiva que o pessoa faz sobre os diferentes elementos do problema, distanciando o *coping* dos mecanismos de defesa e da patologia (Folkman, Moskowitz, 2004). As investigações realizadas passam a considerar os factores contextuais, deixando de estar centradas exclusivamente no mundo interno do indivíduo. Posto isto, o *coping* permite encontrar diferentes formas de lidar com as situações que ocorrem entre o indivíduo e o meio. Deixa então de ser pensado como uma resposta intuitiva a um estímulo, passando a ser visto como uma resposta racional, ou seja, as estratégias de *coping* podem ser aprendidas e ajustadas às diferentes situações.

Os indivíduos quando expostos a reacções complexas com o componentes físicos e psicológicos, recorre ao *coping* da pessoa, o qual é uma reacção adaptativa da pessoa ao mundo em constante mudança. Quando as suas causas, se prolongam e os meios de *coping* e resiliência são escassos, o stress pode avançar para fases de maior gravidade, tornando-se vulnerável a várias doenças, (Silva, 2006).

Perante situações de stress as pessoas colocam em marcha estratégias para lidar com ele, estas podem estar orientadas para a resolução do problema, controlo das emoções ou relacionadas com a rede social, podendo ser adequadas ou inadequadas, se ocorre a primeira situação o stress dissipa-se, se ocorre a segunda, o stress aumenta e torna-se desgastante (Batista, 2008).

Lazarus (1993) classificou as estratégias de *coping* em dois grupos; um focado no problema o outro focado nas emoções/sentimentos. O mesmo autor (1999) refere que a seleção das estratégias de *coping* é determinada por recursos internos e externos ao indivíduo pautando-se na avaliação que faz dos riscos (Santos et al, 2006). Nesta definição existe um conjunto de postulados que enfatiza as limitações das perspetivas tradicionais de *coping*, anteriores à perspetiva transaccional, que mediam o *coping* partindo do princípio que este representava um traço, uma propriedade estável dos indivíduos, afetando por isso as suas ações e reações face a uma variedade de condições stressantes.” (Silva, 2009).

Atualmente a classificação do mecanismo de defesas mais utilizada é baseada nas dimensões anteriormente descritas, *coping* focado na emoção e *coping* focado na resolução de problemas (Telles-Correia et al, 2008). As estratégias de *coping* que viabilizam a resolução dos problemas são utilizadas quando os acontecimentos são compreendidos como passíveis de serem controlados pelo próprio. São estratégias que se centram na análise e definição do problema, criação de soluções, avaliação de custos e benefícios de cada uma das soluções e por fim, a escolha da melhor estratégia. As estratégias de *coping* orientadas para as emoções e para a resolução de problemas surgem geralmente associadas, verificando-se que o *coping* orientado para as emoções ocorre imediatamente após os acontecimentos e é gradualmente substituído por estratégias que visam a resolução do problema. As estratégias de *coping* não são em si mesmas adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes. A eficácia do *coping* deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto. As estratégias de Coping utilizadas têm que ir ao encontro dos valores, objetivos, convicções e estilos de *coping* do indivíduo, (Lazarus & Folkman, 1984 citado por Varela, Leal, 2007)

O mesmo autor define o *coping* como sendo um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo sujeito para lidar com as exigências internas e externas da relação pessoa ambiente, que são avaliadas como excessivas, e as reações emocionais, causadas por essas exigências.

Em relação aos comportamentos de *coping* estes têm sido classificados de duas maneiras diferentes: Uma delas diz respeito à atividade e orientação que um indivíduo desenvolve em relação ao que lhe acontece; por vezes o foco está centrado no problema, outras vezes, nas emoções. A outra, tem sobretudo em conta o método utilizado pelo indivíduo, abordagem pode ser fundamentalmente cognitiva ou desenrolar-se através do comportamento observável, (Vaz Serra, 1987).

Por outras palavras, pode-se dizer que este termo é utilizado para especificar os comportamentos do organismo perante processos de stress, (Tap, Costa & Alves, 2005). A mesma ideia é reforçada por Vaz Serra (1987) dizendo que o indivíduo utiliza mecanismos de *coping* para lidar com uma situação indutora de stress. O mesmo autor (2006) relata que existem três situações indutoras de stress, algumas vezes é externo, outras vezes são internas, ocasionadas pela maneira de ser do indivíduo, que leva a distorcer, de forma tendenciosa a percepção dos acontecimentos. Além dos dois fatores descritos anteriormente pode existir uma causalidade mística, em que o ser humano, pela sua maneira de ser, envolve-se em situações de stress que poderia evitar. Em situações intermédias o stress é útil, pode constituir uma fonte de impulso que leva o indivíduo a tomar decisões e a resolver problemas, ajudando-o a melhorar o seu funcionamento, as suas habilidades e criatividade. Contudo, e porque existem restrições pessoais e ambientais aos recursos de *coping* por vezes, e apesar de estes estarem disponíveis para os indivíduos, e serem adequados, estes não os usam na sua totalidade pelo facto de isso poder acarretar conflitos adicionais e stress. Quanto às restrições pessoais dizem respeito a valores culturais, crenças que impedem certos sentimentos e ações psicológicas que são produto do desenvolvimento único da pessoa. Em relação às restrições ambientais, incluem exigências que impendem os esforços de *coping*, (Lazarus e Folkam, 1984 citado por Silva, 2006). Os recursos de *coping* não são constantes no tempo, variam de acordo com a experiência, com o tempo de vida e com as exigências para os diferentes períodos do curso de vida.

Em suma, este conceito representa um processo em constante mudança e deve ser analisado tendo em conta o contexto onde decorre o acontecimento stressante específico com que os indivíduos se estão a deparar, sendo necessárias múltiplas avaliações ao longo do acontecimento a fim de perceber mudanças no *coping* ao longo do tempo.

Tornando-se necessário que os profissionais de saúde avaliem as percepções de doença e as estratégias de *coping* de forma a compreender, e intervir no processo de adaptação, Filipe (2008) refere que existe uma relação direta entre as estratégias de *coping* e a adaptação.

A utilização de estratégias de *coping* adaptativas consiste num dos indicativos para desenvolvimento do processo de resiliência (Angt, 2009 citado por Rezende, 2011. O mesmo autor citando Oliveira (2007) menciona que o *coping* e *resiliência* são processos interligados, mas existe diferença, uma resposta de *coping* pode ser bem sucedida ou não, enquanto que a resiliência é definida pelas consequências bem sucedidas de determinados comportamentos cognitivos. No sentido de ultrapassar dificuldade o doente desenvolve estratégias de *coping* relacionadas com a subjectividade e o estado emocional, ou seja, cada doente elege recursos particulares para enfrentar positivamente essa adversidade, quando o processo dinâmico abrange a adaptação positiva, (Filipe, 2008).

A adaptação positiva indica a existência ou não de um processo de resiliência, a qual se desenvolve a partir de uma abordagem orientada para o problema, com desenvolvimento de recursos pessoais úteis para enfrentar adversidade (Richarson, 2002). Assim adaptação positiva ocorre quando o individuo alcança as expectativa sociais associadas à sua etapa de desenvolvimento ou quando não houve sinais de desajustes. (Infante, 2005 citado por Rezende, 2011). Ainda a respeito da resiliência, é um processo ativo de resistência, reestruturação e crescimento em resposta à crise e ao desafio, tendo a capacidade de renascer da adversidade fortalecido com mais recursos, (Walsh, 2005).

Para Silva (2006) resiliência é a capacidade humana de enfrentar, vencer e sair fortalecido de situações adversas e transformado. Ainda o mesmo autor refere que é um processo que excede o simples “superar” das experiências, já que permite sair fortalecido por elas, reduzindo a intensidade do stress e a diminuição de sinais emocionais negativos como a ansiedade, depressão ou raiva, ao mesmo tempo, aumenta a saúde emocional.

3-METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, de carácter descritivo correlacional, uma vez que se estuda a relação existente entre as variáveis. Avaliamos o *coping resiliente*, descreveu-se a influência das variáveis sóciodemográficas, clínicas e os conhecimentos no *coping resiliente* do doente cirúrgico.

3.1-HIPOTESES DE INVESTIGAÇÃO

Face aos objetivos descritos anteriormente, elaboramos as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1- Existe relação entre as variáveis sócio demográficas e o *coping resiliente* em doente cirúrgico no período pré-operatório.

Hipótese 2 – Existe relação entre as variáveis clínicas e coping resiliente em doente cirúrgico no período pré-operatório.

Hipótese 3 – Os conhecimentos sobre o ato anestésico tem efeito significativo no coping resiliente no doente cirúrgico no período pré-operatório.

3.2-PARTICIPANTES

O estudo teve por base, uma amostra não probabilista, acidental. Constituída por 180 adultos de ambos os sexos, admitidos nos serviços de cirurgia 1 e cirurgia 2 do Centro Hospitalar Tondela-Viseu-EPE, unidade de Viseu, nos meses de abril e maio de 2011.

Os critérios de inclusão formam: idade igual ou superior a 18 anos, com proposta de intervenção cirúrgica programada na especialidade de cirurgia geral e terem aceitado participar neste estudo. Foram excluídos, doentes portadores de patologia psiquiátrica ou défice neurológico.

Após a concordância para integrarem a amostra e salvaguardada a garantia de anonimato e confidencialidade (cf. Anexo I). Participaram no estudo 100 doentes do sexo feminino (55,6%) e 80 do sexo masculino (44,4%), (cf. Quadro 2)

3.3- PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

O procedimento de recolha de dados foi autorizado pela instituição (cf. Anexo II). Concebida essa autorização formal, foi necessário obter a colaboração dos doentes, os quais eram informados sobre o objetivo do estudo, da sua participação voluntária e da garantia pelo respeito do anonimato. Após a formalização dessa etapa, era entregue o instrumento auto-aplicável, contudo se a pessoa era analfabeta ou manifestava dificuldade em preencher o questionário, a investigadora lia a pergunta, esclarecia qualquer questão e anotava a resposta.

3.4-INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados integra duas partes, antecedidas de explicação para o seu correto preenchimento (cf. Anexo III).

A primeira parte foi construída para a presente investigação, a fim de avaliar as variáveis independentes.

Variáveis sócio demográficas, nomeadamente idade, sexo, estado civil, zona de residência, habilitações literárias/académicas e religião.

Variáveis clínicas (experiências cirúrgicas anteriores, como foi essa experiência, acontecimentos que marcaram o procedimento anestésico)

A indagação sobre a existência de experiência cirúrgica anterior foi efetuada através de uma pergunta mista, com possibilidade de resposta dicotómica (“Sim”; “Não”).

Perante a resposta afirmativa questionava-se o número e tipo de cirúrgica (“Urgência”; “Programada”).

Avaliação da experiência anestésica anterior foi classificada pelos participantes em “Boa”; “Razoável”; “Má”.

Os acontecimentos que marcaram o procedimento anestésico anterior foram apreçados através de uma pergunta, com possibilidade de resposta dicotómica (“Sim”; “Não”), seguida de uma questão aberta para discriminação dos acontecimentos.

Os conhecimentos sobre o ato anestésico (Conhecimentos em anestesia e como foram adquiridos).

Os conhecimentos existentes sobre o ato anestésico foram avaliados através de uma pergunta mista com possibilidade de resposta “Sim”; “Não”, seguida de uma questão aberta para especificação dos conhecimentos.

As respostas dadas foram agrupadas em conhecimentos corretos, falsos conhecimentos (medos, crenças e mitos), sendo cotado com 2 pontos aquando se manifestavam corretamente, 1 ponto quando não se manifestavam. 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.

A fonte de conhecimentos sobre anestesia foi avaliada através de uma pergunta com cinco possibilidades de escolha (“Profissionais de saúde”; ”Diálogo com outros doentes”; “Familiares e amigos”; “Pesquisa própria”;“Experiências anteriores”).

A averiguação se os doentes tinham usufruído de visita de enfermagem pré-operatória, foi através de uma pergunta dicotómica (“Sim”;“Não”).

Para operacionalizar a variável dependente recorreu-se à *Escala Breve de Coping Resiliente* a qual foi validada para Português por Pais Ribeiro & Rita Morais (2010), da versão do *Brief Resilient Coping Scale*. É uma escala de auto resposta, unidimensional, constituída por quatro itens que visam perceber a capacidade para lidar com o stress de uma forma adaptativa. A resposta aos itens é dada numa escala ordinal em formato Liket, de cinco posições. As pontuações podem oscilar entre 4 a 20. Não existem itens com cotação invertida. Considera-se baixa resiliência os scores inferior a 13 e resiliência forte, com scores superior a 17. O estudo psicométrico mostrou valores de consistência interna baixa, com um Alpha de Cronbach de 0,53. Os autores referem que estes valores não devem ser valorizados, por duas razões principais: porque o *coping* é uma variável dependente do momento e da situação, e; porque a escala inclui somente quatro itens. O que facilita a administração, fornecendo dados sobre a sua capacidade atual de, lidar com adversidade, crises e dificuldades.

O pedido de autorização da utilização da *Escala Breve de Coping Resiliente* encontra-se no anexo IV.

3.5-PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Após a recolha de dados, efetuamos uma primeira análise a todos os questionários, a fim de eliminarmos aqueles que se encontrassem mal preenchidos ou incompletos. Seguidamente foi processado a sua codificação e tabulação de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

Na análise de dados recorremos à estatística descritiva e inferencial. Em relação à primeira, determinamos frequências absolutas e percentuais (absolutas (N) percentuais (%)), algumas medidas de tendência central ou de localização (média (\bar{x}), desvio padrão (DP) e coeficiente de variação (CV), também usamos medidas de simetria e achatamento, 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.

Na estatística paramétrica foi utilizado o Teste de *Qui Quadrado* (χ^2) e a *Regressão Linear Simples*

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

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

- ◆ $p \geq 0.05$ – não significativo
- ◆ $p < 0.05$ – significativo
- ◆ $p < 0.01$ – bastante significativo
- ◆ $p < 0.001$ – altamente significativo (Fortin, 2009)

Toda a informação recolhida junto dos doentes cirúrgicos foi analisada através do programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 19. A apresentação dos resultados é feita através de Quadros, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem por que foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

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

4- RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respetivo tratamento estatístico.

A primeira etapa do tratamento de dados engloba a caracterização da amostra. Posteriormente a análise inferencial. A apresentação é feita através de quadros, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo. A descrição e análise de dados obedecem à ordem por que foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

4.1-CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS DO DOENTE CIRÚRGICO

A amostra em estudo foi constituída por doentes cirúrgicos com idades entre os 18 e os 87 anos, com uma média de 57,25 anos (Dp=16,865). Constatamos que a idade média de dos homens é mais elevada do que a das mulheres ($\bar{x} = 60,50$ vs $\bar{x} = 54,65$), verificamos que as diferenças são estatisticamente significativas (U=3234,0; Z= -2,206; p=0,027), ou seja os homens são mais velhos que as mulheres, (cf. quadro 1).

Quadro 1 – Estatísticas relativas à idade do doente em função do sexo

	Idade	n	Mín	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	KS
Sexo	Feminino	100	18	87	54,65	17,761	-0,701	-1,914	17,761	0,200
	Masculino	80	18	85	60,50	15,162	-2,925	0,319	15,162	0,003
	Total	180	18	87	57,25	16,865	-2,397	-1,816	29,46	0,002

Teste U de Mann-Whitney: U=3234,00; Z=- 2,206; p=0,027

No que se refere ao **estado civil**, a maioria são casados (71,7%), seguidos dos viúvos (10,6%), 10,0% são solteiros, 5,6% divorciados. No sexo masculino existe um maior número de pessoas casadas face ao sexo feminino (80,0% vs 65,0%), contudo o teste Qui-Quadrado, não revelou diferença significativa ($\chi^2=6,523$, p=0,163). (cf. Quadro 2).

Em relação à **zona de residência** (62,2%) reside em zona rural e 37,8% em meio urbano, os valores em ambos os sexos são idênticos aos da amostra total, não existindo diferença significativa ($\chi^2 = 2,610$, $p = 0,106$), (cf. Quadro 2).

Em relação às **habilitações literárias** concluímos que a maioria dos doentes tem a 4ª Classe (48,9%), 15,0% o 12º Ano de escolaridade, 12,8% tem um curso superior e 3,3% não sabe ler nem escrever. As mulheres estão mais representadas no curso superior face aos homens (16,0% vs 8,8%), as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 7,567$, $p = 0,182$), (cf. Quadro 2).

Relativamente à **religião** a grande maioria (93,3%) referiu ser católico, apenas 4,4% referiram não professar qualquer religião, não se observando diferenças significativas entre os homens e as mulheres ($\chi^2 = 1,559$, $p = 0,669$), (cf. Quadro 2).

Quadro 2- Características sócio demográficas em função do sexo dos doentes cirúrgicos

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Qui-Quadrado	
	n	%	n	%	n	%	χ^2	P
	100	55,6	80	44,4	180	100,0		
Estado civil								
Casado	65	65,0	64	80,0	129	71,7	6,523	0,163
Viúvo	15	15,0	4	5,0	19	10,6		
Solteiro	11	11,0	7	8,8	18	10,0		
Divorciado	6	6,0	4	5,0	10	5,6		
União de facto	3	3,0	1	1,3	4	2,2		
Zona de residência								
Urbano	43	43,0	25	31,3	68	37,8	2,610	0,106
Rural	57	57,0	55	68,8	112	62,2		
Habilitações literárias								
Não sabe ler nem escrever	5	5,0	1	1,3	6	3,3	7,567	0,182
4ª classe	42	42,0	46	57,5	88	48,9		
6º ano	7	7,0	8	10,0	15	8,3		
9º ano	14	14,0	7	8,8	21	11,7		
12º ano	16	16,0	11	13,8	27	15,0		
Curso superior	16	16,0	7	8,8	23	12,8		
Religião								
Católica	93	93,0	75	93,8	168	93,3	1,559	0,669
Adventista	1	1,0	2	2,5	3	1,7		
Testemunha de Jeová	1	1,0	--	0,0	1	0,6		
Não têm	5	5,0	3	3,8	8	4,4		

O **perfil sócio demográfico** dos doentes cirúrgicos, revelou que 55,6% são do sexo feminino, a idade média dos doentes é de 57,25 anos, 71,7% são casados, 62,2% a residem em meio rural, 48,9% tem apenas a 4ª classe, 93,3% são católicos

4.2-CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DO DOENTE CIRÚRGICO

A existência de **experiência cirúrgica anterior** foi verificada por 64,4%, sendo que as mulheres já tiveram mais experiências cirúrgicas face aos homens (69,0% vs 58,7%), contudo as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2= 2,038$; $p=0,153$), (cf. Quadro 3).

A maioria dos doentes cirúrgicos (59,4 %), desfrutou da **visita de enfermagem pré-operatória** contudo, 40,6% não receberam visita de enfermagem pré-operatória. Sendo que os 62,5% dos homens e 57,0% das mulheres tiveram a visita pré-operatória. O resultado do teste Qui-Quadrado revelou que as diferenças não são estatísticas significativas ($\chi^2=0,558$; $p=0,455$), (cf. Quadro 3).

Quadro 3 – Caracterização clínicas em função do sexo (1)

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Qui-Quadrado	
	n=100	100,0%	n=80	100,0%	n=180	100,0%	χ^2	p
Experiência cirúrgica anterior								
Não	31	31,0	33	41,3	64	35,6		
Sim	69	69,0	47	58,7	116	64,4	2,038	0,153
Visita pré-operatória de enfermagem								
Não	43	43,0	30	37,5	73	40,6		
Sim	57	57,0	50	62,5	107	59,4	0,558	0,455

Dos doentes já operados (116 doentes), na maioria o **tipo de cirurgia** foi programada (62,9%), 18,1% foi em situação de urgência. As mulheres já experimentaram os dois tipos de cirurgia (urgência e programada), mais vezes que os homens, (21,7% vs 14,9% todavia as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas ($\chi^2=0,853$; $p=0,653$), (cf. Quadro 4).

Quanto à **experiência anestésica**, 73,3% referiram ter sido boa, para 24,1% dos doentes foi razoável e apenas 2,6% afirmaram ter sido má. Os resultados obtidos em ambos sexos, são idênticos ao da amostra total, sendo as diferenças não significativas ($\chi^2= 2,631$; $p=0,268$), (cf. Quadro 4).

Face à existência de algum **acontecimento marcante na anestesia anterior**, a maioria dos doentes, não teve qualquer acontecimento marcante (83,6%). Sendo o sexo independente da variável acontecimento marcante na anestesia anterior ($\chi^2= 0,753$; $p=0,385$), (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Caracterização clínica em função do sexo (2)

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Qui-Quadrado	
	n=69	100,0%	n=47	100,0%	n=116	100,0%	χ^2	p
Tipo de cirurgia								
Urgência	12	17,4	9	19,1	21	18,1		
Programada	42	60,9	31	66,0	73	62,9		
Urgência+Programada	15	21,7	7	14,9	22	19,0	0,853	0,653
Experiência anestésica								
Boa	48	69,6	37	78,7	85	73,3		
Razoável	18	26,1	10	21,3	28	24,1		
Má	3	4,3	--	00,0	3	2,6	2,631	0,268
Acontecimento marcante na anestesia								
Não	56	81,2	41	87,2	97	83,6		
Sim	13	18,8	6	12,8	19	16,4	0,753	0,385

Dos doentes que referiram terem tido acontecimentos que marcaram na anestesia anterior, observamos que 42,1% refere que teve vômitos, 15,8% apresentou dores, (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Distribuição dos doentes segundo efeitos secundários após anestesia

Acontecimentos	Total	
	n	%
Vômitos	8	42,1
Dores	3	15,8
Dificuldade na intubação	1	5,3
Sensibilidade na intubação	1	5,3
Vômitos e dores	1	5,3
Visão trocada	1	5,3
Desorientado	1	5,3
Alergia ao betadine	1	5,3
Administração de uma 2ª anestesia	1	5,3
Não conseguia falar	1	5,3
Total	19	100

O número de cirurgias dos doentes em média foi de 2,05 (Dp=1,229), com uma dispersão elevada em torno da média. A média de cirurgias é mais elevada nas mulheres em relação aos homens ($\bar{x} = 2,20$ vs $\bar{x} = 1,83$), (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Estatísticas relativas ao número de cirurgias dos doentes em função do sexo

Número de cirurgias	n	Mín	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	KS
Sexo									
Feminino	69	1	6	2,20	1,324	3,408	0,498	60,18	0,00
Masculino	47	1	5	1,83	1,049	4,084	2,743	57,32	0,00
Total	116	1	6	2,05	1,229	5,151	1,746	59,95	0,00

Teste U de Mann-Whitney: U=1387,00; Z=- 1,398; p=0,162

Perfil clínico

A maioria dos doentes auferira da visita pré-operatória de enfermagem (59,4%). Do total dos inquiridos 64,4% já tiveram experiências cirúrgicas, em regime de cirurgia programada (62,9%), com uma boa experiência anestésica (73,3%) e sem qualquer ocorrência de acontecimento pós anestésico (83,6%).

4.3-CONHECIMENTOS SOBRE O ATO ANESTÉSICO

A maioria dos doentes refere possuir **conhecimentos sobre o ato anestésico** (69.4%), nas mulheres essa percentagem é maior face aos homens (73.0% vs 65.0%), contudo o teste Qui-Quadrado revela que as diferenças entre os sexos não são estatisticamente significativas ($\chi^2= 1.341$; $p=0,247$), (cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Presença de conhecimentos sobre o ato anestésico no doente cirúrgico

Conhecimentos	Feminino		Masculino		Total		Residual	
	n=100	100,0%	n=80	100,0%	n=180	100,0%	Feminino	Masculino
Sim	73	73,0	52	65,0	125	69,4	1,2	-1,2
Não	27	27,0	28	35,0	55	30,6	-1,2	1,2

Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=1,341$; $p=0,247$

Das respostas obtidas sobre a forma de aquisição dos conhecimentos, forma adquiridos maioritariamente junto de familiares e amigos (26,1%), seguindo-se diálogo com outros doentes (20,0%), 18,9% através dos profissionais de saúde, 12,8% através de experiências anteriores, apenas 8,3% referem ter efetuado pesquisa própria. Os valores no sexo masculino e feminino são idênticos ao da amostra global, (cf. quadro 8 e o apêndice I).

Quadro 8 - Distribuição dos inquiridos segundo a forma de aquisição de conhecimentos

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residual	
	n	%	n	%	n	%	Feminino	Masculino
Familiares e amigos	27	27,0	20	25,0	47	26,1	3	-3
Diálogo com os outros doentes	20	20,0	16	20,0	36	20,0	0,0	0,0
Profissionais de saúde	22	22,0	12	15,0	34	18,9	1,2	-1,2
Experiências anteriores	13	13,0	10	12,5	23	12,8	1	-1
Pesquisa própria	9	9,0	6	7,5	15	8,3	4	-4

Relativamente aos conhecimentos que os doentes cirúrgicos possuem sobre o ato anestésicos estes são diversos. As respostas dadas foram agrupadas em conhecimentos

corretos e falsos conhecimentos, sendo cotados com 2 pontos aquando se manifestavam corretamente, 1 ponto quando não se manifestavam. Nos itens 2, 4, 5, 11, 18 e 19, as pontuações foram invertidas, isto porque o conteúdo das afirmações são falsos conhecimentos, o item 2,4, 5 e 19 são medos; o item 11 e 18 são crenças e mitos (cf. Quadro 9).

Quadro 9 – Cotação dos conhecimentos sobre o ato anestésicos

Conhecimentos sobre o ato anestésico	Manifestou	Não manifestou
1- Durante a anestesia a pessoa não sente nada nem tem dor	2	1
2- A anestesia pode acabar antes de terminar a cirurgia	1	2
3- Existem vários tipos de anestesia	2	1
4- Durante o período de anestesia, a pessoa pode morrer	1	2
5- A pessoa pode acordar durante a cirurgia	1	2
6- Ao acordar, há sensação de falta de força	2	1
7- Durante a anestesia, é necessário estar ligado a um ventilador para respirar	2	1
8- Durante a cirurgia a pessoa está deitada e semi-nua	2	1
9- A anestesia provoca sonolência	2	1
10- São necessários medicamentos anestésicos para a pessoa adormecer	2	1
11- O efeito da anestesia só termina quando a "pessoa" a vomitar	1	2
12- A anestesia é o ato de adormecer	2	1
13- Para ser anestesiada, a pessoa tem que estar "amarrada" e de braços "abertos"	2	1
14- No início da anestesia é colocada uma máscara na cara	2	1
15- A anestesia dura o tempo da intervenção cirúrgica	2	1
16- Ao acordar da anestesia a pessoa sente frio	2	1
17- A anestesia provoca náuseas e vômitos	2	1
18- A anestesia produz perda de memória	1	2
19- Ao acordar, a pessoa pode sentir dor	1	2

Como referido atrás no capítulo da metodologia, sendo que o score global de conhecimentos manifestado pelo doente cirúrgico sobre o ato anestésico, o esperado pode oscilar ente 19 e 38, o score encontrado varia entre um mínimo de 22 e um máximo de 29, com um valor médio de 25,81 (Dp=1,401), com uma dispersão baixa em torno da média. Constatamos

ainda que os conhecimentos são semelhantes entre homens e mulheres ($U=1712,5$; $Z= -0,972$; $p=0,331$), (cf. Quadro 10).

Quadro 10- Estatísticas relativas aos conhecimentos dos doentes em função do sexo

	n	Mín	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	KS
Sexo									
Feminino	73	23	29	25,81	1,524	1,790	0,046	5,90	0,00
Masculino	52	22	28	25,81	1,221	-3,924	3,273	4,73	0,00
Total	125	22	29	25,81	1,401	-0,124	1,358	5,428	0,00

Teste U de Mann-Whitney: $U=1712,5$; $Z=-0,972$; $p=0,331$

Após análise do score médio do “conhecimento do ato anestésico”, considerámos oportuno analisar diferentes níveis de conhecimento. Deste modo, procuramos avaliar o nível de conhecimentos agrupando-os em 3 categorias, através da fórmula ($Me \pm 0.25$ Amplitude Inter-Quartil), (Pestana & Gageiro, 2005).

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

- **Fracos Conhecimentos** $\leq 25,7$
- **Razoáveis Conhecimentos** $> 25,7 > M. > 26,4$
- **Bons Conhecimentos** $\geq 26,4$

Após a criação destes três grupos, constatamos que 42,4% dos doentes apresenta razoáveis conhecimentos globais acerca do ato anestésico, em 24,0% são bons e 36,6% são fracos.

Os homens apresentam uma percentagem superior de bons conhecimentos comparadas com as mulheres (26,9% vs 21,9%), contudo, as diferenças entre os sexos são estatisticamente não significativas ($\chi^2=2,954$, $p=0,228$), (cf. Quadro 11).

Quadro 11 – Relação de associação entre níveis de conhecimentos sobre o ato anestésico e sexo

Conhecimentos	Feminino		Masculino		Total		Residual	
	n=73	100,0%	n=52	100,0%	n=125	100,0%	Feminino	Masculino
Fracos ($\leq 25,7$)	29	39,7	13	25,0	42	33,6	1,7	-1,7
Razoáveis ($> 25,7 > 26,4$)	28	38,4	30	48,1	53	42,4	-1,1	1,1
Bons ($\geq 26,4$)	16	21,9	14	26,9	30	24,0	-0,6	0,6

Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=2,954$; $p=0,228$

Procedemos ainda a uma segunda análise do conteúdo manifestado pelos doentes cirúrgicos no pré-operatório à resposta da pergunta aberta, efetuada para especificarem quais os conhecimentos sobre o ato anestésico. Para maior facilidade de análise das respostas

exteriorizadas pelos doentes cirúrgicos no pré-operatório, estas foram agrupadas em conhecimentos corretos, medo, mitos e crenças. (cf. Quadro 12).

Averiguarmos que, a maioria dos doentes cirúrgicos apresentam conhecimentos corretos (48%), nos homens essa percentagem é maior face às mulheres (51,92% vs 45,20%).

Ainda, concluímos que apenas 8,21% doentes do sexo feminino demonstraram medo. Também inferimos que 19,23% dos homens e 19,17% das mulheres referiram conhecimentos corretos e medos.

Constatamos ainda que existem mitos/crenças (8%), nas mulheres essa percentagem é superior face aos homens (10,95% vs 3,84%). Alguns dos doentes mencionaram conhecimentos corretos, mitos/crenças (11,20%), os homens em maior percentagem do que as mulheres (13,46% vs 9,58%).

Verificamos que 8% referiram conhecimentos corretos, medos e mitos/crenças. Uma pequena percentagem (0,8%) medos, mitos/crenças, (cf. Quadro 12 e apêndice II).

Quadro 12 – Resultados relativos aos conhecimentos corretos, medos, mitos e crenças do doente cirúrgico

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Conhecimentos corretos	27	51,92	33	45,20	60	48,00
Medos	0	0	6	8,21	6	4,80
Mitos/Crenças	2	3,84	8	10,95	10	8,00
Conhecimentos corretos e Medos	10	19,23	14	19,17	24	19,20
Conhecimentos corretos e Mitos/Crenças	7	13,46	7	9,58	14	11,20
Conhecimentos corretos, Medos e Mitos/Crenças	5	9,61	5	6,84	10	8,00
Medos e Mitos/Crenças	1	1,92	0	0	1	0,80
Total	52	100	73	100	125	100

Ainda em relação às respostas exteriorizadas pelos doentes cirúrgicos no pré-operatório em relação ao conhecimento sobre o ato anestésico, estas foram por nós consideradas como indicadores e agrupadas nas respetivas subcategorias: ato anestésico, procedimentos, efeitos secundários da anestesia, medo e mitos e crenças. O ato anestésico, procedimentos e efeitos secundários da anestesia, consideramos como sendo conhecimentos corretos, medo e mitos e crenças com sendo falsos conhecimentos, (cf. O quadro 13).

Observamos que 43.2% sabe que a “anestesia é o ato de adormecer”, “não sentir nada, nem tem dor” e “são necessários medicamentos anestésicos para a pessoa adormecer” (21,6%). Alguns dos doentes possuem Medos os mais referidos foram “Medo da dor” 17,6%, e “Medo de morrer” 16,8%. Ainda existem doentes com Crenças e Mitos, 19,2% mencionando “efeito da anestesia só termina quando a “pessoa a vomitar” 11,2% “Perda de memória” (cf. Quadro 13).

Quadro 13 - – Resultados relativos ao conhecimentos sobre o ato anestésicos, respetiva codificação das afirmações

Respostas dos doentes cirúrgicos no pré-operatório		Manifestou		Não manifestou		
		n	%	n	%	
Conhecimentos corretos	<u>Ato anestésico</u> (n= 106)					
		A anestesia é o ato de adormecer	54	43,2	71	56,8
		São necessários medicamentos anestésicos para a pessoa adormecer	27	21,6	98	78,4
		Existem vários tipos de anestesia	22	17,6	103	82,4
		A anestesia dura o tempo da intervenção cirúrgica	3	2,4	122	97,6
		<u>Procedimentos</u> (n= 44)				
		Para ser anestesiada, a pessoa tem que estar “amarrada” e de braços “abertos”	21	16,8	104	83,2
		Durante a anestesia, é necessário estar ligado a um ventilador para respirar	13	10,4	112	89,6
		No início da anestesia é colocada uma mascara na cara	8	6,4	117	93,6
		Durante a cirurgia a pessoa está deitada e semi-nua	2	1,6	123	98,4
		<u>Efeitos secundários da anestesia</u> (n= 13)				
		Durante a anestesia a pessoa não sente nada nem tem dor	27	21,6	98	78,4
		Sonolência	5	4,0	120	96,0
		Ao acordar da anestesia a pessoa sente frio	4	3,2	121	96,8
		Náuseas e vômitos	3	2,3	122	97,6
		Ao acordar, há sensação de falta de força	1	0,8	124	99,2
Falsos conhecimentos	<u>Medo</u> (n= 51)					
		Ao acordar, a pessoa pode sentir dor	22	17,6	103	82,4
		Durante o período de anestesia, a pessoa pode morrer	21	16,8	104	83,2
		A pessoa pode acordar durante a cirurgia	6	4,8	119	95,2
		A anestesia pode acabar antes de terminar a cirurgia	2	1,6	123	98,4
		<u>Mito/ Crenças</u> (n= 38)				
	O efeito anestésico só termina quando a “pessoa” a vomita	24	19,2	101	80,8	
	A anestesia produz perda de memória	14	11,2	111	88,8	

Conhecimentos sobre o ato anestésico, a maioria dos doentes têm conhecimentos anestésicos (69.4%), adquiridos através de familiares e amigos (26,1%), onde apenas 24% tem bons conhecimentos. Alguns dos doentes revelam medos (“Medo da dor” 17,6%, e

“Medo de morrer” 16,8%), ainda existem mitos e crenças sobre o ato anestésico, (“O efeito da anestesia só termina quando a “pessoa a vomitar” 19,2% e “Perda de memória” 11,2%).

4.4- COPING RESILIENTE

O estudo do *coping resiliente* nos doentes cirúrgicos permite, apurar que o valor médio obtido na totalidade da amostra foi 9,21 (Dp=2,974), oscilando entre o mínimo de 4 e um máximo de 15. Relativamente ao sexo, os homens apresentam, em média (9,39), níveis superiores de *coping resiliente* que as mulheres ($\bar{x} = 9,06$), (cf. quadro 14)

O Teste Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors (cf. quadro 14) relativo à distribuição dos dados sobre *coping resiliente*, revela não se encontram enquadrados na normalidade ($p < 0,05$), aceitando-se não existir uma distribuição normal ou próximo do normal, o que limita de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

Quadro 14 - Estatística relativa ao Coping Resiliente em função do sexo

Sexo	n	Mín	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	KS
Coping Resiliente Feminino	100	4	15	9,06	2,877	-0,037	-1,600	31,75	0,007
Masculino	80	4	15	9,39	3,100	-0,368	-1,864	33,01	0,010
Total	180	4	15	9,21	2,974	0,226	-2,458	32,29	0,000

Considera-se baixa resiliência os scores inferiores a 13 e resiliência forte, scores superiores a 17, (Pais Ribeiro & Rita Morais, 2010).

Verificámos que 87,8% dos doentes cirúrgicos apresentam níveis baixos de resiliência, sendo dominante este nível de resiliência quer nos homens quer nas mulheres. Apenas 12,2% revela níveis moderados de resiliência. Contudo as diferenças são estatisticamente não significativas ($\chi^2=0,313$, $p=0,576$), (cf. quadro 15).

Quadro 15 – Características do coping resiliente por níveis em função do sexo

Coping	Baixa resiliência (Score – 4- 13)		Moderada resiliência (Score – 14 – 17)		Total		Qui-Quadrado	
	n=158	87,8%	n=22	12,2%	n=180	100,0%	χ^2	P
Sexo								
Feminino	89	56,3	11	50,0	100	55,6	0,313	0,576
Masculino	69	43,7	11	50,0	80	44,4		

Após termos caracterizado o *coping resiliente* por níveis em função do sexo, procuramos também saber qual a sua distribuição em função das restantes variáveis sócio demográficas, das variáveis clínicas e dos conhecimentos.

Relativamente ao **estado civil**, procedemos à recodificação da variável, decidindo pela codificação em casada/união de facto e em solteiros/divorciados/viúvos. Os doentes casados/união de facto a maioria apresenta níveis moderados de resiliência (77,3%), os solteiros/viúvos/divorciados 26,6% tem baixos níveis de resiliência. O Qui-Quadrado revelou diferença não são estatisticamente significativa ($\chi^2=149$, $p=0,650$). (cf. Quadro 16).

Em relação á **residência** inferimos que os doentes provenientes de zona rural 86,4% apresentam níveis moderados, existindo diferença significativa entre os doente que vivem no meio rural e urbano ($\chi^2 =6,214$, $p=0,013$), (cf. Quadro 16).

No que respeita às **habilitações literárias** em função do *coping resiliente*, procedemos a uma recodificação da variável, optando-se pela codificação em analfabetos/4ª classe, 6º/9º ano, 12º ano e ensino superior. Concluimos que os analfabetos/4ª classe apresentam os níveis mais baixos de resiliência (52,5%), porém as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2 =0,162$, $p=0,983$), (cf. Quadro 16).

Relativamente à **religião** procedemos a uma recodificação da variável, optando-se pela codificação católicos e não católicos, a grande maioria (93,7%) apresentam baixos níveis de resiliência são católicos, os não católicos apresentam níveis moderados de resiliência (9,1%), não se observando diferenças significativas ($\chi^2 =0,237$, $p=0,627$), (cf. Quadro 16).

Os doentes que têm **experiências cirúrgicas anteriores** 64,6% têm níveis baixos de resiliência, os que não têm experiência cirúrgica a maioria apresentam níveis moderados de resiliência (36,4%), as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2 =0,07$, $p=0,933$), (cf. Quadro 16).

No que concerne o *coping resiliente* em função da **visita pré-operatória de enfermagem** depreendemos, os 50,0% dos que não auferiram da visita pré-operatória apresentavam níveis de resiliência moderado, 39,2% níveis baixos. Os doentes cirúrgicos que receberam a visita 60,8% apresentavam baixa resiliência, 50,0% níveis moderados de resiliência. O teste Qui-Quadrado revelou que diferenças são estatisticamente não significativas ($\chi^2=0,927$, $p=0,336$), (cf. Quadro 16).

Em relação ao **conhecimento** sobre o ato anestésico podemos concluir, que 86,4% os níveis de resiliência são moderados, os que têm conhecimentos a maioria apresenta baixos níveis de resiliência (67,1%), as diferenças são estatisticamente não significativas ($\chi^2=4,38$, $p=0,066$), (cf. quadro 16).

Quadro 16 – Características do coping resiliente por níveis em função das variáveis sócio demográficas e clínicas e conhecimentos

Coping	Baixa resiliência (Score – 4- 13) n=158 87,8%		Moderada resiliência (Score – 14 – 17) n=22 12,2%		Total n=180 100,0%		Qui-Quadrado	
							χ^2	p
Estado civil								
Casado/união de facto	116	73,4	17	77,3	133	73,9	0,149	0,650
Solteiro/divorciado/viúvo	42	26,6	5	22,7	47	26,1		
Zona de residência								
Urbano	65	41,1	3	13,6	68	37,8	6,214	0,013
Rural	93	58,9	19	86,4	112	62,2		
Habilitações literárias								
Analfabeto/4ª Classe	83	52,5	11	50,0	94	52,2	0,162	0,983
6º/ 9º ano	31	19,6	5	22,7	36	20,0		
12º ano	24	15,2	3	13,6	27	15,0		
Curso superior	20	12,7	3	13,6	23	12,8		
Religião								
Católica	148	93,7	20	90,9	168	93,3	0,237	0,627
Não Católico	10	6,3	2	9,1	12	6,7		
Experiência cirúrgica								
Não	56	35,4	8	36,4	64	35,6	0,007	0,933
Sim	102	64,6	14	63,6	116	64,4		
Visita pré-operatória de enfermagem								
Não	62	39,2	11	50,0	73	40,6	0,927	0,336
Sim	96	60,8	11	50,0	107	59,4		
Conhecimentos sobre o ato anestésico								
Sim	106	67,1	19	86,4	125	69,4	4,38	0,066
Não	52	32,9	3	13,6	55	30,6		

Efetuamos ainda a Regressão Linear Simples; para estudar se existe associação entre o *coping* a idade e o número de cirurgias apurando-se ser negativa. Associação entre o *coping* e a idade não é estatisticamente significativa ($p=0,752$), também a associação do *coping* e o número de cirurgias não é estatisticamente significativa ($p=0,364$), (cf. quadro 17)

Quadro 17 – Regressão linear simples relacionando o Coping Resiliente com a idade e o número de cirurgias

	r	r ²	P	Coefficiente B	Coefficiente Beta	T	p
Constante				9,786			
Idade	-0,04	-0,0016	0,556	-0,005	-0,030	-0,316	0,752
Número de cirurgias	-0,034	-0,001156	0,716	-0,208	-0,086	0,912	0,364

4-5-ANÁLISE INFERÊNCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos procedeu-se, à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das hipóteses, relacionando algumas das variáveis independentes em estudo, com a variável dependente.

Optámos por testar as nossas hipóteses através de testes não paramétricos, uma vez que não existe uma distribuição normal da variável dependente.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se, a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando se superior a esse valor.

Hipótese 1- Existe relação entre as variáveis sócio demográficas e o *coping resiliente* em doente cirúrgico no período pré-operatório.

A relação entre o **sexo** e o *coping resiliente* foi estudada com recurso teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que, os doentes cirúrgicos do sexo masculino apresentam médias superiores de *coping resiliente* comparativamente aos seus congéneres do sexo feminino, não se verificando contudo diferenças estatisticamente significativas ($p=0,436$), o que nos leva a aceitar que a hipótese por nós formulada (H_1) não é aceite, prevalecendo hipótese estatística (H_0), inferindo-se não existir relação entre o sexo e o *coping resiliente*, (cf. quadro 18).

Para averiguar se existe relação do **estado civil** com o *coping resiliente*, utilizamos teste U de Mann-Whitney, onde salientamos que, os doentes casados/união de facto apresentam níveis de *coping resiliente* mais elevados comparativamente aos seus congéneres solteiros/divorciados/viúvos. Contudo não se verificaram diferenças significativas, ($p=0,521$). Por conseguinte rejeita-se a hipótese por nós formulada (H_1), aceita-se a hipótese estatística (H_0), confirmando a inexistência de relação entre o estado civil e o *coping resiliente*, (cf. quadro 18).

Apuramos a influência do local de **residência** no *coping resiliente*, os doentes com proveniência rural apresentam níveis superiores do *coping resiliente* comparativamente com os residentes em meio urbano. Contudo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas (U de Mann-Whitney) ($p=0,111$), o que nos leva inferir que a hipótese por nós

formulada (H_1) não é aceite, prevalecendo a hipótese estatística (H_0). Em síntese e perante os resultados observados, aceita-se que o local de residência não influencia o *coping resiliente*, (cf. quadro 18).

Para testarmos inferencialmente **habilitações literárias** com o *coping resiliente* utilizamos um teste Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os doentes com o ensino superior apresentam níveis de *coping resiliente* mais elevados, seguindo dos analfabetos/4ª classe. Os que tem o 12º ano são os que revelam níveis mais baixos *coping resiliente*. Constatamos porém a inexistência de diferença estatisticamente significativa ($p=0,786$), o que nos leva a rejeitar a hipótese por nós formulada (H_1), prevalecendo a hipótese estatística (H_0). Assim a *coping resiliente* não é influenciado pela habilitações literárias, (cf. quadro 19).

Hipótese 2 – Existe relação entre as variáveis clínicas e coping resiliente em doente cirúrgico no período pré-operatório.

Os doentes sem **experiências cirúrgicos** apresentam níveis superiores do *coping resiliente* comparativamente aos que manifestam antecedentes cirúrgicos. Contudo não se verificam diferenças estatísticas significativas (U Mann-Whitney) ($p=0,308$). Por conseguinte rejeita-se a hipótese por nós formulada (H_1), aceita-se a hipótese estatística (H_0), não confirmando a existência de relação entre os antecedentes cirúrgicos e *coping resiliente*. (c. f. quadro 18).

Ao indagarmos da relação com a variável **experiência anestésica**, os doentes que tiveram experiência razoável apresentam níveis de *coping resiliênte* mais elevados, e os que consideraram ter uma má experiência níveis de *coping resiliênte* mais baixos. No entanto constatamos que a experiência anestésica é independente do *coping resiliente*, (Kruskal Wallis) ($p=0,616$), o que nos leva a rejeitar a hipótese por nós formulada (H_1), prevalecendo a hipótese estatística (H_0). Assim a *coping resiliente* não sofre influenciada pela experiência anestésica, (cf. quadro 19).

Verificamos que os doentes que tiveram **acontecimento marcante na anestesia anterior** apresentam maior nível de *coping resiliente*. O teste U de Mann Whitney revelou que as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas ($U=822,500$; $Z= -0,743$; $p=0,457$), ou seja, rejeita-se a hipótese por nós formulada (H_1), aceita-se a hipótese estatística (H_0), não confirmando a existência de relação entre os níveis de *coping resiliente* que os doentes apresentam é independente dos acontecimentos marcantes anteriores, (cf. Quadro 18).

Os doentes que não tiveram **visita de enfermagem pré operatória** apresentam níveis superiores do *coping resiliente*, comparativamente aos que receberam a visita de enfermagem pré operatória. Contudo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas (U Mann Whitney), ($p=0,844$), o que nos leva inferir que a hipótese por nós formulada (H_1) não é aceite, prevalecendo a hipótese estatística (H_0). Concluimos que *coping resiliente* não é influenciado pela visita pré-operatória, (cf. quadro 18).

Hipótese 3 – Os conhecimentos sobre o ato anestésico tem efeito significativo no coping resiliente no doente cirúrgico no período pré-operatório.

Da análise da relação entre os que tem conhecimentos e os que não tem conhecimentos, com o *coping resiliente*, depreendemos que os que tem **conhecimento** apresentam níveis superiores do *coping resiliente*, comparativamente aos que não referem ter conhecimentos. Contudo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas (U Mann Whitney), ($p=0,457$), o que nos leva inferir que a hipótese por nós formulada (H_1) não é aceite, prevalecendo a hipótese estatística (H_0). Concluimos *coping resiliente* não é influenciado pelos conhecimentos, (cf. quadro 18).

Ainda apuramos que os doentes que tinham **conhecimentos** razoáveis apresentam níveis superiores de *coping resiliente*. O teste Kruskal Wallis revelou que as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas ($p=0,216$), ou seja, rejeita-se a hipótese por nós formulada (H_1), aceita-se a hipótese estatística (H_0), não confirmando a existência de relação entre os níveis de *coping resiliente* com o nível de conhecimentos, (cf. Quadro 19).

Quadro 18- Resultados do teste U de Mann-Whitney relacionando as variáveis sócio demográficas e clínicas e conhecimentos com o coping resiliente

	Ordem média	Teste U de Mann-Whitney		
		U	Z	p
Sexo (n=180)				
Feminino	87,81			
Masculino	93,86	3731,00	-0,779	0,436
Estado Civil (n=180)				
Casados/união de facto	91,97			
Solteiros/divorciados/viúvos	86,33	2929,50	-642	0,521
Residência (n=180)				
Urbano	82,61			
Rural	95,29	3271,50	-1,592	0,111
Antecedentes Cirúrgicos (n=180)				
Não	95,80			
Sim	87,58	3373,00	-1,019	0,308
Acontecimentos marcantes (n=180)				
Não	57,48			
Sim	63,71	822,500	-0,743	0,457
Visita Pré-operatório (n=180)				
Não	91,42			
Sim	89,87	3838,50	-0,196	0,844
Conhecimentos sobre ato anestésico (n=180)				
Sim	91,18			
Não	88,95	3352,500	-0,266	0,791

Quadro 19 – Resultados do teste Kruskal Wallis relacionando as variáveis sócio demográficas e clínicas e conhecimentos com o coping resiliente

	Ordem média	Teste Kruskal Wallis	
		χ^2	p
Habilitações literárias (n=180)			
Analfabeto/4ª classe	90,43		
6º/ 9º ano	89,39		
12º ano	84,57		
Ensino superior	99,48	1,061	0,786
Experiências anestésicas (n=116)			
Boa	58,33		
Razoável	60,89		
Má	41,00	0,969	0,616
Níveis de conhecimentos sobre o ato anestésico (n=125)			
Fracos	57,75		
Razoáveis	69,56		
Bons	58,77	3,063	0,216

5-DISCUSSÃO DOS METODOS E DOS RESULTADOS

Os dados recolhidos através da escala breve de *coping Resiliente* para a avaliação do *coping* podem revelar-se pouco abrangente e desta forma condicionar a relevância dos resultados. A escolha do instrumento foi difícil, uma vez que a quantidade de instrumentos existentes para medir o mesmo fenómeno é grande e encontram-se longe de serem correspondentes.

Por outro lado, no que se refere à amostra, não foi colocado nenhum instrumento para se avaliar o apoio social logo, pode pensar-se que o acompanhamento técnico pode favorecer a sua adaptação, e desta forma, os resultados não serem explicados pelas variáveis em estudo. É certo que o fenómeno da adaptação é multidimensional e este aspecto deve ser sempre tido em conta. Moraes e Peniche em 2003, realizaram um estudo numa amostra de doentes cirúrgicos ambulatoriais, apurando que o apoio de parentes e amigos, favorecendo estratégias de *coping* adaptativas positivas.

Alguns estudiosos têm-se debruçado sobre a temática do doente cirúrgico durante o período pré-operatório. (Moraes e Peniche, 2003, Medeiros e Peniche, 2006; Santos et al 2006, Ferreira, Borges, Figueiredo; 2007; Umann, Guido, Linch, 2010; Gomes, 2010 Rezende, 2011) Durante a nossa pesquisa encontrámos alguns estudos desenvolvidos nesta área nomeadamente sobre: ansiedade no doente cirúrgico, utilização e eficácia das estratégias de *coping*: a potenciar no serviço de cirurgia, o *coping* dos doentes transplantados, entre outros, como não tivemos acesso a nenhum trabalho científico publicado em Portugal que aprofundasse o *coping* do doente cirúrgico, não podemos comparar os resultados. No primeiro momento, houve a dificuldades na autorização na recolha de informação.

Seguidamente procedemos à discussão dos resultados que consideramos mais pertinentes e relevantes do estudo, fazendo um paralelo com a opinião dos autores referenciados na fundamentação teórica.

Relativamente às características sócio demográficas, verificamos que a amostra em estudo era predominantemente do sexo feminino, num leque de idades diversificado, variando entre os 18 e os 87 anos. No entanto, podemos constatar que pontuação média de idade entre os homens e mulheres são estatisticamente significativas. Os participantes do estudo são maioritariamente casados, residem em meio rural, são católicos, com um nível de escolaridade

baixo. No que respeita aos dados relativos à variável clínica é notório que a maioria dos doentes já tivera uma cirurgia anteriormente, no entanto constata-se que a maioria dos doentes não teve qualquer acontecimento marcante. No que concerne à visita pré-operatória, a maioria inquiridos recebeu visita do enfermeiro do bloco operatório, no entanto a maioria dos doentes referem ter conhecimentos os quais foram adquiridos através de familiares e amigos, apuramos ainda que alguns dos doentes revelam medos, crenças e mitos.

Relativamente à variável em estudo coping resiliente em doente cirúrgico no período pré-operatório, através da aplicação da escala breve de Coping Resiliente validada para português por Morais e Pais Ribeiro (2010) da versão do Brief Resilient Coping Scale, foi possível observar que os doentes cirúrgicos apresentavam maior percentagem de baixa resiliência (87,8%), (score 4-13) com resiliência moderada apenas 12,2%, (score 14-17).

Estes resultados divergem do estudo efetuado por Rezende (2011), a doente submetidos à cirurgia bariátrica, para a recolha de dados utilizou a escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993), apurou que os indivíduos apresentavam maioritariamente nível de resiliência moderado

Em relação ao sexo ainda que não tenham apresentado valores estatisticamente significativos, as nossas inferências os homens apresentam níveis superiores de resiliência comparativamente às mulheres. Talvez os homens tenham percebido que a melhor forma de agir perante situações adversas, em que nada podem fazer, é otimizar a adaptação, à nova situação. Os presentes resultados são divergentes dos encontrados por Cunha (2009) menciona que os doentes do sexo feminino utilizam as estratégias de *coping* com mais frequência em relação aos do sexo masculino. Mas ambos os sexos utilizam preferencialmente estratégias de *coping* ativo, ainda que as mulheres mais que os homens. Os doentes do sexo feminino adoptarem mais vezes estratégias de *coping* focalizado na resolução dos problemas. Constatamos que as mulheres se encontram mais predispostas ao desenvolvimento de esforço no sentido de se manterem, mais autónomos e ativas sempre que possível.

Verificamos que, os doentes cirúrgicos casados/união de facto apresentam níveis superiores de resiliência comparativamente com os solteiros/divorciados/viúvos. Uma possível explicação para estes resultados será que os solteiros/divorciados/viúvos, por não terem o apoio directo do cônjuge, se vêm na condição de terem de efetuar mais esforços orientados para o problema, com desenvolvimento de recursos pessoais úteis para enfrentar adversidade. Ainda que não tenham apresentado valores estatisticamente significativos, as nossas inferências contrariam os resultados aferidos por Cunha (2009), os não casados dirigem mais a atenção

para o planeamento e resolução dos problemas, apesar de todos os elementos terem consciência do problema.

Em relação ao local de residência salientamos que os doentes provenientes do meio rural apresentam níveis superiores resiliência comparativamente aos seus congéneres urbanos. Uma possível explicação para estes resultados será que os que vivem no meio rural, por terem uma vida mais pacata tem maior capacidade de superar os obstáculos, construindo um conjunto de habilidades e competências individuais, para ultrapassar situações de stress (Souza, 2009)

Cunha (2009), evidencia o uso da religião como estratégia preferencial dos doentes com Parkinson mais velhos, dado que no presente estudo a religião não é utilizada pelos grupos de modo estatístico diferente. No presente estudo não foi testada a relação Coping Resiliente com a religião porque apenas 6,7% não são católicos.

Os doentes que têm o ensino superior são os que tendencialmente apresentam níveis mais elevados de resiliência, seguidos dos analfabetos/4^a classe. Os que tem o 12^o ano são os que revelam níveis mais baixos de resiliência. Num estudo efetuado por Varela e Leal (2007), inferiu que quanto mais elevado o nível de escolaridade da mulher a quem foi diagnosticado cancro da mama, menos esta recorre ao *coping*.

Inferimos que os doentes sem antecedentes cirúrgicos apresentam níveis superiores de resiliência comparativamente aos que manifestam antecedentes cirúrgicos. Resultado divergente do estudo efetuado por Ferreira, Borges e Figueiredo (2007) onde concluíram que o medo do desconhecido gera maior insegurança e ansiedade no doente, o qual interfere diretamente no seu estado psíquico normal, podendo assim manifestar sintomas orgânicos, alterando toda sua hemodinâmica.

Tendo presente os resultados do nosso estudo, será que o facto de existir experiência prévia pode influenciar na avaliação da situação. Apesar do número elevado referiu que a experiência anestésica foi boa, dever-se-á considerar os doentes que relataram comportamentos marcados por lembranças, dado que essas podem contribuir para a construção das estratégias de *coping*. Peniche (2005) citando Dally, Harrington (1997), refere que quando se recorda um facto, a memória vai ser ativada, desencadeando um conjunto de respostas modificadas do estado emocional, que vai depender das emoções guardadas e resgatadas pela lembrança. Pressupõe-se assim, que as respostas à situação atual devem estar

entranhadas pelas experiências anteriores, o que poderá influenciar no estado emocional, como também na avaliação e construção das estratégias de *coping*.

O conhecimento dos doentes sobre o ato anestésico não parece estar relacionado com o *coping resiliente* empregue pelo mesmo, os resultados estatisticamente não são significativos, contudo neste estudo concluímos que, os que referem ter conhecimentos apresentam níveis de *coping resiliente* superiores em relação aos que não tem conhecimentos. Não foi identificado nenhum estudo que evidencie uma relação entre os conhecimentos sobre o ato anestésico e o *coping resiliente* do doente cirúrgico no pré-operatório

No presente estudo a visita parece não ter sido benéfica para os doentes, pois os que usufruíram da visita pré operatória apresentavam baixos níveis de resiliência comparativamente aos que não tiveram a visita pré operatória. Os presentes resultados divergem dos encontrados por Ferreira, Borges e Figueiredo (2007), que concluíram que esta assegura ao doente cirúrgico, cuidados individualizados, reduzindo o nível de stress e medo, ao receberem orientações de como seria a cirurgia, os porquês dos procedimentos, estes ficavam mais tranquilos e confiantes que tudo iria a correr bem. Será que os doentes que tiveram a visita operatória não tiveram tempo para interiorizar a informação. Perante os resultados, o ideal seria a existência de um programa de informação estruturado que fosse de encontro às necessidades de informação do doente cirúrgico no período pré-operatório.

Parece não haver dúvida, que existe uma correlação estreita entre a percepção sensitiva e cognitiva de uma ameaça, o surgimento da resiliência e alterações fisiológicas perceptíveis clinicamente, (Rezende, 2011) No entanto, neste estudo, estas afirmações não são retratadas pela lógica da matemática, ou seja, quando aplicados os testes estatísticos aos resultados aqui obtidos, as oscilações numéricas nem sempre resultou em relação de significância como era esperado.

6-CONCLUSÕES

Existem diversas escalas para avaliar o *Coping* em vários contextos. Constatando-se que a maioria dos estudos consultados procuram avaliar as estratégias mais usadas, e não apenas adaptação positiva. Os doentes cirúrgicos para conseguirem ultrapassar com sucesso os múltiplos desafios e problemas com que são confrontados, nomeadamente o pré-operatório é necessário haver apoio psicológico tendo em conta que, resiliência é uma forma de adaptação psicossocial positiva frente a eventos importante da vida.

Participaram neste estudo 180 adultos de ambos os sexos, 55,6% são do sexo feminino e 44,4 %do sexo masculino. Com idade compreendida entre 18 e 87 anos (M= 57,25 anos), 71,7% são casados, 62,2% reside em zona rural, 48,9% tem apenas a 4ª classe, 93,3% são católicos. Inferimos que a maioria teve a visita de enfermagem pré-operatória (59,4%), 64,4% já tiveram experiências cirúrgicas, em regime de cirurgia programada (62,9%), com boa experiência anestésica, e sem qualquer ocorrência de acontecimento pós anestésico (83,6%).

A maioria dos doentes referem ter conhecimentos sobre o ato anestésico (69,4%), foram adquiridos através de familiares (26,1%), mas apenas 24% são bons conhecimentos, alguns dos doentes revelam medos, mitos e crenças. Constata-mos que os participantes deste estudo retratam falta de conhecimentos.

As variáveis sócio demográficas e clínicas e os conhecimentos não se relacionaram de forma significativa com o *coping resiliente*, mas neste estudo inferimos que os doentes cirúrgicos no período pré-operatório apresentam baixos níveis de *coping resiliente*. Assim sendo acreditamos que seria benéfico desenvolver estudos nesta área, no sentido de conhecer a reação dos doentes à cirurgia. Esse conhecimento podem fundamentar a atuação dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de cuidados, que visem promover o bem-estar do doente.

Os enfermeiros deveram ter em atenção o foco de enfermagem o *coping*, para se poder planear cuidados de enfermagem adequados. Por outro lado acreditamos que a visita de enfermagem pré-operatória é o momento ideal para a preparação psicológica dos doentes, esta assegura um cuidado individualizado ao doente cirúrgico, reduzindo os níveis de stress apaziguando seus medos, angústias e receios. Em termos futuros, e podendo ultrapassar o

constrangimento do tempo, seria importante investigar qual a melhor altura para ser efetuada a vista pré-operatória.

Como forma de divulgar os resultados deste estudo, em conjunto com duas colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica elaboramos um poster intitulado "Conhecimentos, Medos, Crenças e Mitos do doente cirúrgico sobre o ato cirúrgico" tendo sido apresentado no I Congresso de Enfermagem Médico Cirúrgica. Este congresso decorreu nos dias 20,21,22 de outubro de 2011, na Escola Superior de Saúde de Viseu, tendo obtido o terceiro lugar na classificação (cf anexo V).

Maria Gracinda Rodrigues Ramos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – Enfermagem perioperatória: da filosofia á prática dos cuidados. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X Pag 110, 111

BATISTA, Paula Manuela Pires Marques Miguel – **Stress e coping no enfermeiro dos cuidados paliativos**. [Em linha]. 2008. [Consult. 20 setembro 2011]. Disponível em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/49545/2/Paula%20Batista%20Mestrado%202008.pdf>

CHAVES, Eliane Corrêa; CADE, Nágela Valadão; MONTOVANI, Maria de Fátima; LEITE, Rita de Cássia Burgo; SPIRE, Wilza Carla - **Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem** [Em linha]. 2000 [Consult. 5 dezembro 2010]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400008

CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Pratica de Enfermagem, Edição Portuguesa Ordem dos Enfermeiros 2011- ISBN 978-92-95094-35-2 – Pag 46

CUNHA, Filipe Ricardo Silva – **Qualidade de Vida e Coping no Doente de Parkinson e do seu Cuidador à cirurgia funcional de Parkinson** [Em linha]. 2009. [Consult. 1 junho 2011]. https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1399/3/dm_filipecunha.pdf

FERREIRA, Elaine; BORGES, Henriana Veloso; FIGUEIREDO, Marcela de Souza Dias. **Visita pré-operatória: Um Instrumento para o Cuidar do Enfermeiro de Centro Cirúrgico**. [Em linha]. 2007. [Consult. 20 dezembro 2010]. Disponível em <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0519.pdf>

FERNANDES, Isabel maria Ribeiro – **Os medos dos enfermeiros em situação de doença própria** – Revista de Enfermagem Referência- III Série nº 3 – março 2011 pag.57-65 ISSN 0874-0283.

FILIPE, Ana Raquel Mendes – **Pensar e agir para viver melhor: a autoregulação e o coping na adaptação dos indivíduos com diabetes mellitus de tipo II.** [Em linha]. 2008. [Consult. 5 dezembro 2010]. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/747/1/17376_Dissertacao_de_mestrado_Pensar_e_agir_para.pdf

FOLKMAN, Susan; MOSKOWITZ, Judith Tedlie Moskowitz - **Coping: Pitfall and Promises.** [Em linha]. 2004. [Consult. 20 dezembro 2010]. Disponível em <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>

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** [Em linha]. 2009 [Consult. 05 dezembro 2010]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16187/2/O%20DOENTE%20CIRRGICO%20NO%20PERODO%20PROPERATRIO%20DA%20INFORMA%C3%83O%20R.pdf>

LOPES, Nuno Tavares - **O papel e competências em regime de urgência** [Em linha]. 2007. [Consult. 30 novembro 2010]. Disponível em http://www.forumenfermagem.org/downloads/TFS-enfermeiro_anestesia_urgencia.pdf

MARTINS, Alda; PACHECO Andreia - **Promoção de estratégias de coping: gestão do tempo e técnica de relaxamento** – Educação para a saúde no século XXI – Teorias, modelos e práticas. – Universidade de Évora. – 978-989-95539-3-4 - Vol.II, julho de 2009

MEDEIROS, Veronica Cecilia Calbo; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani - **A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório -**

[Em linha]. 2006 [Consult. 5 dezembro 2010]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000100012&script=sci_arttext

MORAES, Lygia Oliveira; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani - **Ansiedade e mecanismos de coping utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais** - [Em linha]. 2003. [Consult. 5 dezembro 2010]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/07.pdf>

PAIS RIBEIRO, José Luís; MORAIS, Rita - **Adaptação Portuguesa da Escala Breve de Coping Resiliente**. *Psicologia Saúde e Doenças*. - Lisboa. - ISSN 1645-0086. - Vol.11, n.º 1 (2010), p. 5-13

PAIS RIBEIRO, José Luís; RODRIGUES, A.P. – **Questões acerca do Coping: a propósito do estudo de adaptação de brief** [Em linha]. 2004. [Consult. 10 dezembro 2010]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n1/v5n1a01.pdf>

PENICHE, Aparecida de Cassia Giani - **A ansiedade e o paciente cirúrgico: análise das variáveis intervenientes** [Em linha]. 2005. [Consult. 1 junho 2010]. Disponível em - <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-18072007-143054/pt-br.php>

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

REGÊNCIO, Margarida – **Despertar intra-operatório – O medo tornado realidade?** [Em linha]. 2009 [Consult. 22 maio 2010]. Disponível em <http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigo&id=70>

REGÊNCIO, Margarida – **O que é a anestesia? A realidade e o Mito**. [Em linha]. 2009 [Consult. 22 maio 2010]. Disponível em <http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigo&id=70>

REZENDE, Fabiana - **Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de Coping em paciente submetidos à cirurgia bariátrica** - [Em linha]. 2011 [Consult. 5 setembro 2011]. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde.../dissertacao.pdf>

RICHARDSON, G. E. - **The Metatheory of Resilience and Resiliency**. *Journal of clinical psychology* [Em linha]. 2002. [Consult. 1 setembro 2011]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.10020/pdf>

SANTOS, Luísa R; PAIS RIBEIRO, José Luís; GUIMARÃES, Laura - **Estudo de uma escala de Crenças e de estratégias de Coping através do lazer** [Em linha]. 2003 [Consult. 5 dezembro 2010]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n4/v21n4a03.pdf>

SANTOS, André Faro; SANTOS, Lidiane dos Anjos; MELO, Daniela Oliveira; JUNIOR António Alves - **Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia** - [Em linha]. 2006. [Consult. 10 dezembro 2010]. Disponível em http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&source=hp&q=Estresse+e+estrat%C3%A9gias+de+enfrentamento+em+pacientes+que+ser%C3%A3o&aq=f&aql=&oq=&gs_rfai

SANTOS, Vítor António Soares - **Ansiedade no Doente Cirúrgico** [Em linha]. 2008 [Consult. 23 dezembro 2010]. Disponível em [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3424:ansiedade-no-doente-cirurgico&catid=186:](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3424:ansiedade-no-doente-cirurgico&catid=186)

SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz; ALMEIDA, Susana Maria Rodrigues da Silva; LOPES, Sílvia Maria Carvalho Ferreira; BASTOS, Ana Sofia de Oliveira Guedes; OSÓRIO, José Carlos Carvalho – **Utilização e eficácia das estratégias de Coping: a potenciar num serviço de cirurgia Thoracocentesis: Which Nursing Intervencion?** - *Nursing* – Lisboa, Ano 21, nº 242 (fevereiro 2009), p14-20 ISSN 0871-6196

SILVA, Patrícia Leite Alvares – **Percepção de fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência no fisioterapeuta** - [Em linha]. 2006 [Consult. 5 setembro 2011]. Disponível em <http://www.openthesis.org/documents/De-fontes-estresse-ocupacional-copinge-471212.html>

SILVA, Raquel Maria Duro da Fonseca – **Burnout, Coping e Resiliencia em Auxiliares de Acção Educativa** - [Em linha]. 2009. [Consult. 1 agosto 2011]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55035/2/72878.pdf>

SOUZA, Marilza Terezinha Soares – **Terapia familiar e resiliência - Manual de Terapia familiar** – Porto Alegre – 2009 – ISSN: 978-85-363-1464-8.

TAP, Pierre; COSTA Etâ Sobral & ALVES Maria Neves - **Escala Toulousiana de Coping (ECT) : Estudo de adaptação á população português** [Em linha]. 2005. [Consult. 1 dezembro 2010]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v6n1/v6n1a03.pdf>

TELLES-CORREIA, Diogo; MEGA, Inês; BARBOSA, António; BARROSO Eduardo; Estela, MONTEIRO- **Coping nos doentes transplantados** - [Em linha]. 2008. [Consult. 5 dezembro 2010]. Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/pdf/2008-21/2/141-148.pdf>

UMANN, Juliane; GUIDO, Laura de Azevedo; LINCH, Graciele Fernanda da Costa – **Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca**. [Em linha]. 2010. [Consult. 5 dezembro 2010]. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/10531/5738>

VARELA, Margarida; LEAL, Isabel **Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama** - [Em linha]. 2007. [Consult. 27 de fevereiro 2011]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a13.pdf>

VAZ SERRA, Adriano – **Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas** [Em linha]. 1987. [Consult. 5 dezembro 2010]. Disponível em <http://rihuc.huc.minsaude.pt/bitstream/10400.4/648/1/Um%20estudo%20sobre%20coping-%20o%20Invent%20a%20rio%20de%20....pdf>

VAZ SERRA, Adriano – **Stress, coping e cancro**. *Psiquiatria clínica*. - Coimbra. Vol.27, n.º 1 Janeiro, março 2006), p. 9-20

WALSH, Froma – Fortalecendo a resiliência familiar – Traduzido do original: Strengthening Family Resilience – 1ª Edição pela Roca Ltda – São Paulo 2005 - ISSN: 85-7241-577-7

YAMADA, Aurélio – **Derrubando mitos sobre a anestesia**. [Em linha]. 2010. [Consult. 1 junho 2010]. Disponível em <http://cecmi.wordpress.com/2010/03/01/derrubando-mitos-sobre-a-anestesia/>

ANEXOS

ANEXO I

DECLARAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO DOENTE

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR TONDELA-
VISEU, UNIDADE DE VISEU

ANEXO III

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ANEXO IV

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA “ESCALA BREVE DE COPING
RESILIENTE “.

ANEXO V

CERTIFICADO DO POSTER “CONHECIMENTOS, MEDOS, CRENÇAS E MITOS DO
DOENTE CIRÚRGICO SOBRE O ATO CIRÚRGICO”

APÊNDICES

APÊNDICE I

COMO FORAM ADQUIRIDOS OS CONHECIMENTOS SOBRE O ATO ANESTÉSICO

APÊNDICE II
DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO OS CONHECIMENTOS SOBRE O ATO
ANESTÉSICO

