



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

---

**XI CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Ensino de Enfermagem Pré-operatório:  
impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia**

**DANIELA SOFIA CARVALHO FERNANDES**

Coimbra, julho 2022





Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

---

**XI CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Ensino de Enfermagem Pré-operatório:  
impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia**

**DANIELA SOFIA CARVALHO FERNANDES**

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

Coorientador: Professor Mestre Marco António Rodrigues Gonçalves, Professor  
Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

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

Coimbra, julho 2022



*“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção e a sua construção. Quem ensina, aprende ao ensinar e quem aprende, ensina ao aprender.”*

- Paulo Freire -



Dedico esta dissertação ao meu filho, Duarte, que nascendo no meio desta caminhada me ensinou o verdadeiro significado da palavra amor e determinação!



## **AGRADECIMENTOS**

Esta dissertação resulta de uma longa e árdua jornada, que não poderia ter chegado a bom porto sem a confiança e apoio incondicional de algumas pessoas e instituições. Assim gostaria de manifestar o meu profundo agradecimento a algumas delas:

À Professora Mestre Maria da Nazaré Ribeiro Cerejo e ao Professor Mestre Marco António Rodrigues Gonçalves, orientadora e coorientador desta dissertação, respetivamente, por todo o apoio, disponibilidade, orientação e partilha de saber em todo este processo.

À Professora Doutora Fernanda Daniel pela autorização na utilização da escala de avaliação de ansiedade por si adaptada e traduzida – “Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE (Forma Y)”, e ao Professor Mestre Marco António Gonçalves, pela cedência e autorização da utilização da “Escala de Avaliação da Informação Pré-operatória”, essenciais para a realização desta investigação.

Ao Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, pela autorização da realização desta investigação.

À Enfermeira Gestora e aos Diretores do Serviço “Especialidades Cirúrgicas I”, pela autorização da realização do estudo e por todo o apoio e interesse demonstrado.

A todos os enfermeiros do serviço “Especialidades Cirúrgicas I”, pela disponibilidade, motivação e empenho na aplicação do instrumento da colheita de dados, tendo permitido que fosse possível alcançar a amostra desejada e em especial à Enfermeira Especialista Odete Borges, por permitir o bom porto desta fase nas minhas ausências.

A todos os doentes que participaram nesta investigação, pelo tempo dispensado e disponibilidade manifestada.

À minha família e amigos, pelo amor, carinho, compreensão, disponibilidade, paciência nas adversidades e pelos sábios conselhos. Sem o vosso apoio este percurso teria sido muito mais difícil e moroso.

Por fim, e na impossibilidade de mencionar todos, gostaria de manifestar o meu sentido e sincero agradecimento a todos aqueles que, de certa forma contribuíram para a elaboração desta dissertação.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>APA</b>	<i>American Psychological Association</i>
<b>BO</b>	Bloco Operatório
<b>CV</b>	Coeficiente de Variação
<b>D.P.</b>	Desvio Padrão
<b>IDATE</b>	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>IPO</b>	Instituto Português de Oncologia
<b>M</b>	Média
<b>Máx</b>	Máximo
<b>Min</b>	Mínimo
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PBE</b>	Prática Baseada na Evidência
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>



## **RESUMO**

A realização de uma intervenção cirúrgica constitui uma realidade que provoca alterações significativas na vida da pessoa, podendo derivar em manifestações de ansiedade e medo. O enfermeiro, mediante a aplicação de um plano de ensino pré-operatório, poderá desempenhar um papel preponderante na melhoria das respostas de saúde.

Face à problemática identificada, formulou-se a questão: “Qual o impacto do ensino de enfermagem pré-operatório, na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia?”. Com o propósito de dar resposta, enunciaram-se os objetivos: avaliar o impacto do ensino de enfermagem pré-operatório, na pessoa submetida a cirurgia; avaliar o nível de ansiedade da pessoa submetida a cirurgia, nos períodos pré e pós-operatório; e identificar a influência das variáveis: idade, sexo, estado civil, tipo de cirurgia e experiências cirúrgicas anteriores, nos níveis de ansiedade no pós-operatório.

Realizou-se um estudo correlacional, quase experimental, com dois grupos de doentes adultos, a aguardar intervenção cirúrgica, numa unidade de um hospital de oncologia. O grupo experimental foi submetido a um plano de ensino de enfermagem pré-operatório e o de controlo seguiu os tramites em vigor na instituição. Aplicou-se no pré-operatório aos dois grupos um questionário de caracterização da amostra e avaliação da ansiedade estado pelo Inventário de Spielberger e no pós-operatório foi novamente aplicado o mesmo Inventário de Ansiedade e aplicou-se uma escala de avaliação de informação pré-operatória.

Os principais resultados revelaram não haver diminuição da ansiedade após implementação do programa de ensino pré-operatório, todavia os doentes sentiram-se melhor informados, enfatizando a importância do ensino na satisfação das suas necessidades informativas.

Conclui-se que a ansiedade do doente cirúrgico pode ser influenciada por fatores clínicos, sociais e familiares, tratando-se de uma resposta emocional variável em função de circunstâncias individuais. A informação pré-operatória responde às necessidades informativas do doente e indicia produzir ganhos em saúde.

**Palavras-chave:** Ensino pré-operatório; enfermagem; ansiedade; cirurgia



## **ABSTRACT**

Undergoing a surgical intervention is a situation that causes significant alterations in a person's life, which can derive into the person manifesting anxiety and fear. Nurses can perform a leading role in the improvement of health responses, through the application of a preoperative teaching plan.

Having identified the problem, the following question was formulated: "What impact does preoperative nursing education have on the anxiety of the person undergoing surgery?" . With the purpose of finding an answer, the following objectives were enunciated: to assess the impact of preoperative nursing education on the person undergoing surgery; to assess the level of anxiety of the person submitted to surgery, in the pre and postoperative periods; and to identify the influence of the variables: age, gender, marital status, type of surgery and former surgical experiences, on the levels of postoperative anxiety.

A correlational study was performed, a quasi-experimental study, with two groups of adult patients, awaiting to undergo a surgical intervention, in an inpatient ward of an oncology hospital. The experimental group was subject to the application of a preoperative teaching plan and the control group followed the procedures that were normally used in the institution. In the preoperative period, both groups answered a questionnaire used to characterize the sample of patients and to assess the level of their state of anxiety using Spielberger's Inventory. In the postoperative period, this inventory to assess anxiety levels was once again applied, as was a rating scale of preoperative information.

The main results revealed that the anxiety levels did not decrease after the preoperative teaching plan was implemented. However, the patients referred feeling more informed, emphasizing the importance of the information given by nurses in the satisfaction of their learning needs.

In conclusion, it is possible to say that the anxiety of the patient undergoing surgery can be influenced by clinical, social and relational factors, as it is an emotional response that varies in function of individual circumstances. Preoperative information answers to learning needs of the patient and indicates the product of health gains.

**Keywords:** Preoperative health education; nursing; anxiety; surgery



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição da amostra em função da idade .....	53
<b>Tabela 2</b>	Distribuição da amostra de acordo com o grupo etário .....	54
<b>Tabela 3</b>	Distribuição da amostra de acordo com o sexo .....	55
<b>Tabela 4</b>	Distribuição da amostra de acordo com estado civil .....	55
<b>Tabela 5</b>	Distribuição da amostra de acordo com o tipo de cirurgia .....	56
<b>Tabela 6</b>	Distribuição da amostra de acordo com a história prévia de cirurgia .....	57
<b>Tabela 7</b>	Dados estatísticos relativos aos níveis de ansiedade pré e pós- operatória .....	58
<b>Tabela 8</b>	Dados estatísticos relativos à avaliação da informação pré-operatória .....	59
<b>Tabela 9</b>	Teste de normalidade de <i>Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors</i> .....	59
<b>Tabela 10</b>	Resultados do teste U de <i>Mann-Whitney</i> para verificação da hipótese 1 .....	60
<b>Tabela 11</b>	Resultados do teste U de <i>Mann – Whitney</i> para Resultados do teste U de <i>Mann – Whitney</i> para comparar a perceção dos doentes relativamente à informação/ensino ministrado .....	61
<b>Tabela 12</b>	Resultados do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> para verificação da hipótese 2 .....	62
<b>Tabela 13</b>	Resultados do teste U de <i>Mann – Whitney</i> para verificação da hipótese 3 .....	63
<b>Tabela 14</b>	Resultados do teste U de <i>Mann – Whitney</i> e <i>Kruskal-Wallis</i> para verificação da influência do sexo, idade e estado civil nos níveis de ansiedade pós-operatória .....	64



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	23
<b>1– PESSOA E A CIRURGIA</b> .....	23
1.1 – A CIRURGIA VIVENCIADA COMO UMA TRANSIÇÃO .....	25
<b>2– ANSIEDADE</b> .....	29
2.1 – ANSIEDADE NO DOENTE CIRÚRGICO .....	30
<b>3– ENSINO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO</b> .....	33
<b>PARTE II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	41
<b>4- METODOLOGIA</b> .....	41
4.1. TIPO DE ESTUDO .....	41
4.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS .....	42
4.3. POPULAÇÃO/AMOSTRA .....	43
4.4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	44
4.5. HIPÓTESES .....	45
4.6. INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLHEITA DOS DADOS .....	45
4.7. PLANO DE INTERVENÇÃO .....	47
4.8. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS .....	48
4.9. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	49
<b>PARTE III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	53
<b>5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	53
<b>6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	65
<b>CONCLUSÃO</b> .....	73

**ANEXOS**

**ANEXO I** – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO “INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO-TRAÇO (STAI-FORMA Y)

**ANEXO II** – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA “ESCALA DE INFORMAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA”

**ANEXO III** – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO PELA COMISSÃO DE ÉTICA

**ANEXO IV** – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

**APÊNDICES**

**APÊNDICE I** – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

**APÊNDICE II** – CONSENTIMENTO INFORMADO

**APÊNDICE III** – GUIA DE ENSINO PRÉ-OPERATÓRIO

**APÊNDICE IV** – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA

**APÊNDICE V** – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO GABINETE COORDENADOR DE INVESTIGAÇÃO

**APÊNDICE VI** – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

## INTRODUÇÃO

O enfermeiro transmite orientações em saúde autonomamente e é detentor de grande parte da tomada de decisão, pelo que tem oportunidade de aplicar, na prática, os resultados obtidos através da mais recente evidência científica, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem (Polit & Beck, 2011).

Igualmente o artigo 8º do Regulamento n.º 140/2019, relativamente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, determina que no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, sustentando o processo de tomada de decisão e intervenções no “conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019, p.4749). Por conseguinte, a realização do presente trabalho assume-se como um contributo para a prática baseada na evidência (PBE) científica. Isto porque a PBE tem dado um grande impulso à enfermagem, onde é exigida cada vez mais investigação com relevância para a prática e relações de trabalho mais colaborativas entre os enfermeiros, o indivíduo e a comunidade. A PBE proporciona igualmente oportunidades para que os cuidados em enfermagem sejam mais individualizados, eficazes e dinâmicos, definindo as melhores práticas em vez de se apoiar nas pré-existentes, tirando assim o melhor partido dos novos desenvolvimentos do conhecimento perseguindo a melhoria dos resultados em saúde. Desta forma, é essencial que o enfermeiro construa o seu conhecimento, normalize a prática, melhore os cuidados prestados, e, por conseguinte, os resultados, no caso concreto à pessoa submetida a cirurgia.

Uma intervenção cirúrgica constitui uma realidade que provoca alterações significativas na vida de cada indivíduo, ocasionando implicações importantes no bem-estar, saúde e nos elementos básicos da vida, a nível pessoal e familiar.

De acordo com o Regulamento n.º429/2018 relativo às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o cuidado de enfermagem ao doente cirúrgico é direcionado ao projeto de saúde da pessoa a vivenciar processos de transição saúde/doença, com vista à promoção de saúde, prevenção de eventos adversos e tratamento da doença. O enfermeiro, surge como o profissional de saúde

que mais tempo trabalha com pessoas em transição, pelo que deverá reunir competências humanas e técnico-científicas que lhe permitam ser um elemento facilitador nesse processo (Meleis, 2010).

Globalmente as taxas de procedimentos cirúrgicos têm aumentado consideravelmente e, em conformidade com a Organização Mundial de Saúde (OMS), anualmente, a nível mundial, mais de 4 milhões de pessoas são submetidas a algum tipo de cirurgia, estimando-se que 50 a 75% dos doentes possam desenvolver algum nível de ansiedade nesse processo (Medina-Garzón, 2019). A ansiedade do doente cirúrgico, por sua vez, é variável, obedecendo a um conjunto alargado de fatores que a poderão influenciar (Gonçalves, Cerejo, & Martins, 2017). De acordo com a *American Psychiatric Association* (APA) (2014), a ansiedade traduz-se numa antecipação a um perigo indefinido e imprevisível, sendo uma resposta a uma ameaça desconhecida e vaga, como por exemplo, uma intervenção cirúrgica.

Rocha e Ivo (2015) acrescentam que a ansiedade surge como reação inconsciente ao desconhecido, associada aos riscos que a cirurgia pode causar e ao medo de morrer. Os mesmos autores referem que a carência de informação e orientações por parte da equipa de enfermagem no pré-operatório limita a compreensão por parte do doente, refletindo-se na sua recuperação e em manifestações de ansiedade e medo. Ainda em conformidade com os autores citados, a exposição excessiva e contínua a este desequilíbrio psicológico tem repercussões no período pós-operatório imediato, na recuperação e qualidade de vida dos doentes.

Assim, e de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, publicado em Diário da República, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve ser capaz de implementar estratégias promotoras de alívio de ansiedade e medo, assegurando que a pessoa compreende a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão e prepara a pessoa para as potenciais alterações de autoimagem e diminuição de capacidades, decorrente do processo cirúrgico. O pré-operatório surge como um momento essencial para que ocorra esse contacto entre o enfermeiro e o doente em que o profissional pode, através do ensino de enfermagem, transmitir as informações necessárias e dar abertura para o esclarecimento de dúvidas, aumentando o conhecimento do doente sobre o procedimento, de forma a promover o seu bem-estar e assim defrontar o procedimento a ser realizado (Monteiro, 2020).

O ensino deve ser individualizado e com foco nas necessidades que o doente apresenta, de forma a garantir que seja transmitido o que este realmente deseja e precisa saber, mantendo uma sequência lógica das orientações de maneira que facilite a sua

capacidade de compreensão (Kruse et. al, 2009; como referido por Gonçalves & Medeiros, 2016).

Enquanto enfermeira a trabalhar numa unidade de cuidados intermédios cirúrgicos e mais recentemente num serviço de especialidades cirúrgicas, pudemos apreender que a inquietude e manifestações de ansiedade observadas no período pós-operatório, habitualmente associadas a dor, mobilidade, primeiro levante, alimentação e necessidade de pausa alimentar, tosse, dificuldade em controlar a respiração, presença de dispositivos médicos, entre outros, têm implicações na ansiedade do doente, na sua evolução clínica e no tempo de recuperação. Também a ansiedade relativamente à alta, às limitações que podem comprometer o seu autocuidado, o suporte e questões relacionadas com a vida profissional são uma realidade e devem ser consideradas na avaliação e intervenção junto do doente. Muitas das questões acima mencionadas são identificadas por alguns doentes como consequência da falta de informação.

São vários os estudos sobre a influência de programas de ensino de enfermagem com o objetivo da redução da ansiedade face ao ato cirúrgico, no entanto a maioria dos estudos incide sobre a ansiedade pré-operatória, sendo escassas as evidências da redução da ansiedade no pós-operatório. Nesse sentido, a pertinência deste estudo surge na perspetiva de perceber se há redução da ansiedade no pós-operatório e, com isso, a promoção de bem-estar, prevenção de complicações e promoção de autonomia, além de dar visibilidade a intervenções que solidificam autonomia da profissão de enfermagem.

Desta forma, foi formulada a seguinte questão de investigação: “Qual o impacto do ensino de enfermagem pré-operatório, na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia?”

Partindo da questão formulada, enunciaram-se como objetivos para este estudo: avaliar o impacto do ensino de enfermagem pré-operatório na pessoa submetida a cirurgia; avaliar o nível de ansiedade da pessoa submetida a cirurgia, no período pré-operatório e pós-operatório; e identificar a influência das variáveis: idade, sexo, estado civil, tipo de cirurgia e experiências cirúrgicas anteriores, nos níveis de ansiedade no pós-operatório.

Deste modo, de forma a dar resposta à questão e objetivos definidos, foi desenvolvido um estudo de natureza quantitativa, quase-experimental e correlacional, com envolvimento de grupo de controlo. A colheita de dados foi realizada num serviço de especialidades cirúrgicas, de um hospital de oncologia e como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário subdividido em duas partes: a primeira, aplicada no pré-operatório, conta com uma breve caracterização do doente e o Inventário Ansiedade-Estado de Spielberger (STAI Forma Y-1). A segunda parte, aplicada 48

horas após a realização da cirurgia, é composta novamente pelo Inventário Ansiedade-Estado de Spielberger e de uma adaptação da “Escala de Avaliação de Informação Pré-Operatória” de Gonçalves e Cerejo (2020).

A amostra foi distribuída por dois grupos: o experimental e o de controlo. O grupo experimental foi submetido a um plano de ensino, ao passo que o de controlo seguiu os tramites em vigor na instituição. Os dados foram analisados recorrendo ao *software* de análise de dados *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26.

Estruturalmente, esta dissertação encontra-se subdividida em três partes principais. A primeira parte, corresponde ao enquadramento teórico e aborda três temas centrais: a pessoa e a cirurgia, que compreende a relação da temática com a teoria das transições; a ansiedade do doente cirúrgico e o ensino de enfermagem no pré-operatório. A segunda parte compreende o enquadramento metodológico, onde será abordado o tipo de estudo, questão de investigação e objetivos, população e a amostra, operacionalização das variáveis em estudo, hipóteses, instrumento de colheita dos dados, plano de intervenção, procedimento de análise dos dados e, por último, os procedimentos formais e éticos. Na terceira parte serão apresentados os resultados obtidos e a sua análise e discussão. O documento é finalizado com as principais conclusões do estudo, bibliografia, anexos e apêndices, que oferecem complementaridade ao trabalho desenvolvido.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A construção de um enquadramento teórico num trabalho de investigação é crucial, visto que permite elucidar sobre a temática em estudo e apresentar a mais recente evidência relativamente a determinado tema, levando a uma base concetual essencial à construção do mesmo (Fortin, 2009).

Este capítulo surge pela necessidade de enquadrar teoricamente o tema, com o objetivo de contextualizar e fundamentar esta investigação e ainda clarificar a sua importância para o exercício profissional de enfermagem. Desta forma, será iniciado com uma breve abordagem teórica à pessoa e a cirurgia, onde será enquadrada a teoria das transições, seguidamente a ansiedade e a sua influência no doente cirúrgico e, por fim, o ensino de enfermagem no pré-operatório.

### **1– PESSOA E A CIRURGIA**

A necessidade de uma intervenção cirúrgica surge como um evento adverso na vida da pessoa. Mesmo que seja programada, acarreta um desequilíbrio a nível fisiológico, psicológico, social e familiar (Silva, 2010; como referido por Estrela, 2012), encarado por muitos doentes como o dia mais ameaçador das suas vidas (Aust et al., 2018).

Dada a crescente incidência de traumatismos, tumores, patologias cardiovasculares, entre outros e a evolução no âmbito do diagnóstico, o volume de cirurgias nos sistemas públicos de saúde tem aumentado, traduzindo-se como um componente essencial de assistência em saúde. Estima-se que em todo o mundo se realizam cerca de 234 milhões de cirurgias major por ano, o que equivale a 1 cirurgia por cada 25 pessoas (OMS, 2009). Em Portugal, de acordo com os últimos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), só no ano de 2020, foram realizadas cerca de 1 milhão de cirurgias, entre as quais 65% ocorreram em hospitais públicos (INE, 2022). Estes números, embora estatisticamente inferiores, comparativamente ao ano anterior, demonstram que a cirurgia corresponde a uma área significativa e importante, quando nos referimos à saúde.

Segundo Coombs (2020), esta área de cuidados abrange procedimentos que visam o tratamento de doenças, lesões ou deformidades, envolvendo corte, reparação e/ou remoção de tecidos ou órgãos, sutura e tratamento por laser, radiação, entre outros. O mesmo autor considera-a como uma área diferenciada e extensa de cuidados de saúde.

A realização de uma cirurgia pode ter como finalidade o diagnóstico (biópsia, laparotomia exploradora), cura (como excisão de tumor, apêndice) ou reparação. Pode ser ainda classificada de acordo com o grau de urgência envolvido, em: urgente, emergente, eletiva, necessária ou opcional (Hinkle & Cheever, 2020). Os autores consideram que o perioperatório abrange toda a experiência cirúrgica e consiste em três períodos que comportam determinados pontos sequenciados. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, a esses três períodos correspondem: o pré-operatório, que inicia quando é tomada a decisão cirúrgica e se prolonga até a entrada do doente no Bloco Operatório (BO); segue-se o intraoperatório, que termina com a transferência para a unidade de cuidados pós-anestésicos e, finalmente, o período de pós-operatório, que inicia nessa unidade e se prolonga até o doente recuperar do processo cirúrgico.

O avanço da tecnologia e a especialização têm permitido a realização de cirurgias menos invasivas e conseqüentemente menos debilitantes. Contudo, sendo a cirurgia uma experiência complexa, seja ela minimamente invasiva, eletiva ou de emergência, constitui um momento stressante na vida do doente (Hinkle & Cheever, 2020). A realidade, muitas vezes abruptamente imposta pelo processo cirúrgico, é considerada um momento crítico, capaz de provocar alterações significativas na vida da pessoa, nomeadamente na manutenção do seu bem-estar e saúde, nos padrões fundamentais a nível individual e familiar, muitas vezes pela inversão de papéis, nas relações, na alteração do conceito e identidade, nas capacidades e nos padrões comportamentais (Gonçalves & Medeiros, 2016). Nesse sentido, a cirurgia é percebida como uma ameaça, capaz de desencadear respostas emocionais, cognitivas e fisiológicas específicas no doente (Sigdel, 2015).

Também Estrela (2012), ao referir Goldeenberg e Bavalacqua, considera que a cirurgia acarreta ameaças reais, tais como: o risco de vida, perda de órgãos ou parte destes, lesões, perda remuneratória por ausência do posto de trabalho, atraso em projetos de vida, separação da família, dor, sofrimento, insegurança, entre outros.

O enfermeiro tem um papel ativo e fundamental neste percurso, tendo o dever de intervir antecipadamente, através da prevenção e orientação do doente. Deve facilitar a compreensão do processo cirúrgico de modo a que este ocorra com o menor dano possível, a fim de obter ganhos para a saúde, tratamento da doença e evitar possíveis complicações, ajudando o doente no processo de transição saúde-doença.

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, n.º 429/2018 determina que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória devem ser dirigidos à pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem um processo de transição.

A avaliação do doente cirúrgico no pré-operatório é essencial, compreendendo as suas necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais e também da pessoa significativa (Gonçalves et al., 2017). Os dados obtidos na avaliação inicial são cruciais para o planeamento dos cuidados a implementar em todo o processo cirúrgico. Os mesmos autores consideram que nesse momento se deve incluir, para além da preparação física, a preparação psicológica, visto que os desequilíbrios emocionais e psicossociais favorecem a ansiedade. Desta forma, a pessoa deve ser avaliada numa visão holística e direcionada, promovendo cuidados individualizados.

### 1.1 – A CIRURGIA VIVENCIADA COMO UMA TRANSIÇÃO

O ser humano, ao longo do seu ciclo vital, experiencia, de forma contínua, uma série de mudanças e transições (Meleis, 2010; Petronilho, 2007). Por conseguinte, a vida e a forma como cada indivíduo lida com esses momentos não podem ser compreendidos somente numa perspetiva individual, tendo em conta que além da influência exercida pelo próprio núcleo familiar, no qual este se insere, a capacidade de adaptação é ainda influenciada pelos recursos pessoais e externos, vivências anteriores e a significância que atribuem a cada acontecimento (Meleis & Trangenstein, 2010; como referido por Santos et al., 2016). A ocorrência de uma mudança na vida da pessoa, seja ela previsível ou não, impõe a que esta e a sua família recorram à capacidade auto-organizativa e às suas fontes de suporte para conseguir resolver as questões que vão surgindo (Petronilho, 2007).

Ao longo das últimas três décadas, o conceito de transição sofreu um conjunto de alterações significativas, sendo caracterizado por uma grande mutabilidade e a enfermagem tem contribuído para o entendimento deste conceito na perspetiva da vida e saúde das pessoas (Kralik, Visentin & Van Loon, 2006; como referido por Santos et al., 2016). A autora Afaf Meleis surge como elemento de referência para a compreensão do conceito transição, tendo-o descrito pela primeira vez em relação à insuficiência e suplementação de papéis. Meleis baseou-se em diversas teorias, tais como a teoria dos papéis e o interacionismo simbólico (Lindmark, Bülow, Mårtensson & Rønning, 2019). A sua pesquisa levou ao desenvolvimento de teorias explicativas de médio alcance sobre teorias de transição. Ademais, Meleis define transição como uma passagem de um estado, condição ou lugar para outro, tendo em conta os processos e resultados entre

uma complexa interação entre a pessoa e o ambiente (Petronilho,2007). Este autor afirma que as pessoas que experimentam transições tendem a ficar mais vulneráveis às ameaças, afetando a sua saúde e bem-estar. Este acontecimento só deriva em transição se a pessoa o percebe e sente como tal (Gonçalves, 2005; como referido por Estrela 2012). A transição é entendida, como um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade o que, necessariamente nos remete para os processos psicológicos envolvidos na adaptação à mudança ou rutura (Murphy, 1990; como referido por Santos et al., 2016). Encontram-se descritos quatro tipos de transição: desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional (Chick & Meleis, 1986; como referido por Lindmark et al., 2019). Estas, não são estanques, nem se excluem mutuamente, podendo o mesmo indivíduo passar por vários processos de transição ao mesmo tempo (Meleis, 2010).

Sholssberg, como referido por Estrela (2012), afirma que as transições requerem sempre um período de adaptação ou ajustamento e podem ser vivenciadas positiva ou negativamente, tendo em conta o seu significado. Esta adaptação está relacionada com a própria transição e diz respeito ao processo no qual a pessoa deixa progressivamente de estar preocupada com a transição e a integra na sua vida.

A transição saúde-doença predomina em relação às restantes transições dos doentes vista na perspetiva do profissional de enfermagem (Lindmark et al., 2019). Esta questão poderá estar relacionada com o facto de os enfermeiros serem muitas das vezes os cuidadores primários da pessoa que se encontra em transição por situação de doença e por estarem envolvidos na preparação do doente para transições iminentes, facilitando o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com a experiência de saúde e doença (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Meleis e Suva, como referido por Lindmark et al. (2019) descrevem que o conceito de transição se tem apresentado nas últimas 4 décadas como central na profissão de enfermagem, promovendo a sua redefinição e expansão. Os enfermeiros, quando baseiam a sua práxis na pessoa e nas suas necessidades reais, podem influenciar os processos de transição (Meleis et al., 2000). O seu objeto é a pessoa que se encontra a experienciar um processo de transição, a antecipá-lo ou mesmo a completá-lo, daí a transição constituir um fenómeno de interesse para os enfermeiros, tendo em conta que as respostas a este processo são manifestadas através dos comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2013; como referido por Santos et al., 2016). Também Chinn (2012) defende que o conceito, associado ao conceito central de cuidar, forma um núcleo em torno do qual a prática de enfermagem é construída, estando

implícito em diversas teorias de enfermagem. A enfermagem entendida como ciência e disciplina, deve ser sensível ao conjunto de focos de interesse e intervenção dentro do processo de transição (Silva et al., 2016). Nesse sentido, o profissional surge como agente facilitador do processo, orienta e antecipa respostas, promove a saúde e gere sintomas, com vista ao bem-estar do doente e sustentando o desenvolvimento de ações que promovam o autocuidado (Meleis, 2010). A autora determina três tipos de **intervenções de enfermagem à pessoa em transição**, nomeadamente o cuidado transicional, a suplementação de papel e o *debriefing*.

- O cuidado transicional visa assegurar a continuidade de cuidados de saúde em várias dimensões, prevenindo eventos adversos, à medida que a pessoa percorre níveis de cuidados e serviços. Este modelo compreende a programação da alta e o acompanhamento após a alta;
- A suplementação diz respeito à mobilização de recursos pessoais, onde se engloba a aquisição, perda ou inversão de papéis. O enfermeiro atua na suplementação preventiva de papel, de forma a que a pessoa se consciencialize do objetivo que diz respeito ao papel, comportamento esperado, sentimentos e sensações.
- O *debriefing* é o momento em que se comunica com o outro as experiências em torno da situação vivenciada, com vista ao assumir gradual de novas competências e responsabilidades.

Meleis aponta como padrões de resposta, capazes de auxiliar o enfermeiro na avaliação da pessoa, os indicadores de processo e os indicadores de resultado. Os primeiros incluem: sentir-se ligado, interagir, localizar-se e estar situado, desenvolver confiança e adaptação. Já os indicadores de processo incluem a mestria e a integração fluida de resultados. Nesse sentido, constitui como desafio para o profissional de enfermagem, face à necessidade de suporte no processo de transição, entender o próprio processo e implementar intervenções que ofereçam ajuda efetiva à pessoa, proporcionando sensação de bem-estar e estabilidade (Petronilho, 2007).

O enfermeiro prepara o doente e a sua família para as transições, mediante a aprendizagem de novas competências para lidar com a situação que estão a vivenciar de forma saudável, mantendo a pessoa informada para que esta consiga dar resposta às suas necessidades (Estrela, 2012).

A educação/informação constitui um dos domínios da prática de enfermagem. Este procedimento permite que o doente atinja um melhor nível de preparação para as situações de doença (Silva et al., 2016). Os autores acrescentam que o enfermeiro, ao

aperfeiçoar o seu conhecimento acerca do doente, torna-se perito no acompanhamento do seu percurso de doença.

Click e Meleis, como referido por Estrela (2012), afirmam que em alguns acontecimentos, a transição é iniciada por situações que fogem do controlo individual e noutras ela pode ser procurada em eventos como a cirurgia. Os mesmos autores identificam o processo cirúrgico como uma transição para o doente. Este processo leva-o a experienciar o processo de doença, enfrentar o processo cirúrgico e a reorganizar-se (Estrela, 2012).

Também Santos, Henckmeier e Benedet (2011), consideram que este processo de transição, decorrente do evento cirúrgico, pode trazer alterações temporárias ou permanentes ao doente, envolvendo família, trabalho e imagem corporal, podendo derivar em manifestações de ansiedade. Quando um doente se sente ansioso, o seu foco temporal é direcionado ao momento (Benner & Wrubel, 1989; como referido por Chinn, 2012). O enfermeiro, tem um papel crucial de o conduzir na transição do agora para o próximo momento.

Ferraz, como referido por Estrela (2012), considera que por sua vez, o doente deve ter conhecimento sobre a cirurgia, de forma a que aceite as mudanças inerentes e necessárias, mesmo que estas sejam temporárias, levando ao seu ajuste físico e mental. A autora afirma que o conhecimento da causa da mudança, a antecipação, a preparação para se mover dentro da mudança e a probabilidade da ocorrência de transições em simultâneo, constituem elementos de sucesso para a transição, levando consequentemente à redução da ansiedade inerente a todo o processo.

O doente, no final do cuidado de enfermagem deve ser capaz de se sentir bem consigo próprio, em relação aos outros e demonstrar conhecimento na gestão de sinais e sintomas e processos de vida e trabalho, para que a transição seja eficaz (Queirós, 2018; como referido por Breda, 2019).

## 2- ANSIEDADE

A ansiedade tem sido estudada, ao longo dos tempos, por múltiplos autores, de onde têm emergido diversas teorias. O fenómeno de ansiedade torna-se assim paradoxal, pelas múltiplas características que lhe estão associadas (Landeiro, 2011). A *American Psychological Association* – APA (2021) considera que é o transtorno mental mais comum, afetando cerca de 30% da população adulta em algum momento da sua vida.

Esta é definida como um sentimento desagradável de medo em resposta a algo improvável de acontecer e à antecipação de perigo, cuja origem é muitas vezes inespecífica e desconhecida para o indivíduo (Sigdel, 2015). Alguns autores consideram ainda que os termos angústia, ansiedade e medo têm significados semelhantes, contudo, ao longo do tempo o conceito de ansiedade e medo foi-se distanciando. Nesse sentido, o medo surge como “uma reação de defesa, frente a um objeto presente” (Ey, s.d., como referido por Serra, 1980, p.95), enquanto que ansiedade é caracterizada como a antecipação a um possível perigo, também traduzido como o medo sem objeto (Serra, 1980). O mesmo autor considera ainda que esta diferenciação não é assim tão linear se tivermos em conta a influencia dos processos cognitivos nas perturbações emocionais.

O medo é também caracterizado como uma emoção universal, em resposta a uma situação que coloca em risco a segurança do organismo de forma direta e iminente, definido por características neurológicas, biológicas e cognitivas (Barlow, 2002; como referido por Carvalho, 2016). Carvalho (2016) considera a ansiedade uma emoção orientada para o futuro, que conta com características cognitivas, afetivas, comportamentais e psicológicas, que são ativadas pelo sistema de processamento de informação quando a pessoa se depara com uma situação que considere ameaçadora ou imprevisível. Desta forma, quando uma pessoa se sente ansiosa, são ativados alguns mecanismos que lhe são inerentes e, por consequência, manifestam-se os sinais e sintomas característicos da mesma. A APA (2021) considera que esta emoção é mais associada a reações de tensão muscular e comportamentos de evitamento, enquanto o medo surge ligado a reações de luta ou fuga (reação “*fight or flight*”).

A resposta à ansiedade pode ser considerada mediante 3 componentes diferentes: o cognitivo, vegetativo e motor. O cognitivo, diz respeito a pensamentos e sentimentos

desenvolvidos quando a pessoa se sente ansiosa. É de natureza subjetiva e está relacionado ao que a pessoa diz sentir. O vegetativo é traduzido pela ativação fisiológica, ou seja, pode derivar no aumento da frequência cardíaca, tensão arterial, alterações gastrointestinais, urgência urinária, xerostomia, palpitações, sudorese, entre outros. Por fim, o componente motor diz respeito às respostas de fuga, evitamento e inibição (contacto e atividades) (Serra, 1980).

Spielberger (1972) caracteriza a ansiedade como uma emoção que pode surgir em consequência de duas situações diferentes, consoante a personalidade do indivíduo: ansiedade traço e ansiedade estado. A primeira diz respeito às características individuais, ao comportamento em termos de frequência com que um indivíduo experimenta a ansiedade ao longo do tempo. Pessoas com elevação do traço de ansiedade têm mais tendência a perceber diversas situações como ameaçadoras, são mais vulneráveis ao stresse e tendem a experimentar reações de ansiedade com maior frequência e intensidade, do que pessoas com valores mais baixos. Já a ansiedade estado é definida pelo autor como uma resposta emocional complexa, desencadeada por um indivíduo que deteta uma situação específica como ameaçadora ou perigosa, que independentemente da presença de objeto ou perigo real, se traduzirá em manifestações de ansiedade. Refere ainda que a forma como o indivíduo percebe a ameaça é mais importante que a própria ameaça. Esta resposta emocional transitória, pode ser definida em termos de intensidade por sentimentos de tensão, apreensão e preocupação.

A literatura considera que existe uma relativa disposição pessoal, ou características pessoais mais propensas a desenvolver este tipo de respostas emocionais. O nível de ansiedade que a pessoa experimenta, será tanto maior ou menor, dependendo, entre outros fatores, das suas estratégias de sobrevivência (Ruiz-Hernández et al., 2021). Consequentemente, técnicas que visem potenciar estes mecanismos de pró-eficiência da pessoa, juntamente com uma relação terapêutica de confiança, poderão melhorar a sua autoconfiança para que esta exponha os seus medos e dúvidas, compreenda a sua situação e assim atenda às necessidades que possam advir do seu processo cirúrgico (*idem*).

## 2.1 – ANSIEDADE NO DOENTE CIRÚRGICO

No que se refere ao doente que aguarda cirurgia, a alteração do estado emocional é indiscutível, não só por se tratar de um evento crítico e traumático percebido pelo doente, como por se constituir como uma realidade desconhecida e assustadora (Santos, Martins & Oliveira, 2014; Wilson et. al, 2016; Stamenkovic et al., 2018).

Especificamente, a ansiedade cirúrgica é um estado de ansiedade decorrente de um procedimento iminente (Wilson et al., 2016). Os níveis de ansiedade variam individualmente e apresentam flutuações ao longo de todo o processo cirúrgico, podendo iniciar antes da cirurgia e persistir até ao pós-operatório tardio (Sigdel, 2015).

Esta surge semanas antes da cirurgia, se programada, e os sintomas são intensificados momentos antes da admissão no hospital o que pode conduzir à produção de efeitos fisiológicos e emocionais com consequências no pós-operatório (Medina-Garzón, 2019). A preocupação com a saúde, a incerteza em relação ao futuro, o desconhecido, o tipo de cirurgia, as experiências cirúrgicas anteriores, a anestesia, o desconforto pós-operatório, a dor, incapacitação, complicações, dependência e o medo de morrer, surgem como fatores promotores de ansiedade no perioperatório (Aust et al., 2018; Hinkle & Cheever, 2020). Santos (2009), como referido por Gonçalves et al. (2017), também aponta a preocupação com a autoimagem, o processo de cicatrização e a possível ocorrência de infeção, alterações no estilo de vida e efeitos na vida profissional. Gomes (2009) acrescenta a preocupação com o desenrolar de todo o processo cirúrgico, cuidados que irá necessitar, autonomia após a intervenção, dispositivos médicos, dor, tempo de repouso no leito e o primeiro levante e tempo até retomar a sua vida diária. Estas demonstrações de ansiedade no pré-operatório podem influenciar a gestão da anestesia, a intensidade da dor, ansiedade pós-operatória e analgesia, bem como o aumento da morbimortalidade pós-operatória (Stamenkovic et al., 2018; Hinkle & Cheever, 2020). A ansiedade perioperatória é por vezes negligenciada, contudo, pode estar associada a um mau resultado no processo terapêutico do doente cirúrgico (Sigdel, 2015). Alguns estudos mostram que a ansiedade é um preditor de dor pós-operatória, no pós-operatório imediato e tem um impacto negativo na recuperação anestésica (Ali et al., 2014; Robleda, Sillero-Sillero, Puig, Gich & Baños, 2014).

Os eventos adversos e presumíveis complicações que possam ocorrer no período pós-operatório são também apontadas como fatores desencadeantes de ansiedade (Wilson et al., 2016), juntamente com a sensação de perda de controlo e o medo de estar à “mercê” dos profissionais de saúde (Ruiz-Hernández et al., 2021). Esta sensação está também relacionada com o processo anestesia-cirurgia, visto que irá interferir subitamente com a saúde e bem-estar do doente, o que leva a um sentimento crescente de medo e estado de dúvida, derivando em ansiedade (Melchior et al., 2018; como referido por Ruiz-Hernández et al., 2021).

A ansiedade pode apresentar-se como resposta a uma ameaça ao papel do doente na sua vida, à ideia de incapacidade permanente ou à perda de integridade corporal,

contrabalançando com o aumento do ónus e responsabilidades sobre os membros da sua família ou da sua própria vida (Hinkle & Cheever, 2020). Vários autores consideram normal os doentes manifestarem sinais de ansiedade quando estão propostos para uma cirurgia. Alguns estudos referem que essas manifestações afetam diretamente o prognóstico do doente, podendo ter efeitos negativos na sua estabilidade, adesão ao tratamento, aumento de dias de internamento, taxa de reinternamentos por complicações e qualidade de vida após alta. Este comportamento pode levar a que o doente se torne agressivo e mais exigente, evoluindo ao ponto de o mesmo não conseguir comunicar claramente, ou seguir instruções simples, dificultando ainda mais o processo terapêutico (Wilson et al., 2016). Contudo, essas manifestações diferem de pessoa para pessoa, pelo que o nível de ansiedade será menor ou maior, dependendo, entre outros fatores, dos mecanismos de *coping* de cada um (Gonçalves et al., 2017; Hernández et al., 2021).

Características como a idade, sexo, tipo de cirurgia, apoio familiar, experiências cirúrgicas anteriores, entre outras, podem influenciar a grande variabilidade na prevalência de dor e ansiedade pós-operatória. Este resultado é corroborado por um estudo realizado com uma amostra de 23000 doentes, em que os autores identificaram que a dor pré-operatória, ansiedade, idade e tipo de cirurgia como os preditores mais significativos de dor pós-operatória e necessidade de analgésica (Robleda et al., 2014).

Quando se prevê intervenções que visem a redução da ansiedade em doentes cirúrgicos, é necessária não só uma definição clara do que é a ansiedade, como a implementação de um instrumento válido e fiável para classificar essa emoção (Wilson et al., 2016). Atualmente, existem inúmeros meios para realizar essa avaliação. Spielberger (1972) desenvolveu um Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), que avalia a ansiedade enquanto estado emocional transitório e como traço característico de uma pessoa. Esta ferramenta, devido à sua facilidade de uso, validade e confiabilidade comprovadas, é a mais utilizada na avaliação da ansiedade de doentes em processos cirúrgicos (Wilson et al., 2016).

### **3– ENSINO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO**

A preparação física e psicológica do doente ao longo do processo cirúrgico é realizada mediante a implementação de um vasto leque de intervenções, com vista à sua segurança. As intervenções de enfermagem, abrangem o domínio da resposta comportamental, fisiológica e segurança do doente, e são utilizadas como ponto de partida para a construção do processo de enfermagem (Hinkle & Cheever, 2020). Desta forma, as intervenções implementadas no pré-operatório, com vista à obtenção de resultados pós-operatórios, representam o principal instrumento para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o doente, proporcionando a redução de reações traumáticas e uma melhoria da qualidade de vida (Monteiro, 2020).

Os enfermeiros têm reconhecido a importância do ensino pré-operatório no processo cirúrgico (Rothrock, 2014; como referido por Hinkle & Cheever, 2020). A transmissão de informações ao doente e família constitui uma premissa crucial em contexto de saúde (Melo, 2005; como referido por Gomes, 2009). A autora, alerta para a sua importância na vertente do doente, através da necessidade à informação e, por outro lado, do enfermeiro, pelo dever na transmissão de informações relativos à situação clínica e cuidados de enfermagem.

A Lei n.º48/90 - “Lei de Bases da Saúde”, base XIV, alínea e) aprovada e revogada em setembro de 2019, determina que “o doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde, (...) e à evolução provável do seu estado” (p.3454). Nesse sentido, e tendo em conta o Dever de Informação presente no Artigo 105º do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro assume o dever de:

- “a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (p.8103).

O enfermeiro, para além de estar capacitado para a transmissão deste tipo de informação, detém o dever legal e moral de a concretizar, preparando o doente para a cirurgia e para os cuidados pré e pós-operatórios (Christóforo & Carvalho, 2009). É inerente ao enfermeiro o papel educativo, visto que ele é o profissional que mais tempo permanece ao lado do doente e detém ferramentas que permitem realizar uma correta avaliação das suas necessidades, tendo a oportunidade de conhecê-lo e interagir de maneira mais próxima (Santos et al., 2011). Assim, a educação do doente corresponde a uma abordagem básica, que permite que este aprenda sobre o seu estado de saúde e processos de tratamento (Cetkin & Tuna, 2019), tornando o papel educativo do enfermeiro evidente no perioperatório (Perrando, Beuter, Brondani, Santos & Predebon, 2011).

No que diz respeito ao doente cirúrgico, a falta de conhecimento relativamente à intervenção cirúrgica, juntamente com a baixa informação e suporte inadequado podem conduzir a que o doente, no período pré-operatório, apresente medos, ansiedade e temor, podendo desta forma comprometer a recuperação pós-operatória (Rocha & Ivo, 2015). Associado, muitos dos doentes detêm informações díspares em relação ao perioperatório, podendo comprometer todo o ato anestésico e cirúrgico (Breda & Cerejo, 2021). A identificação desses sentimentos e de manifestações de ansiedade pelo profissional de saúde, juntamente com a implementação de técnicas que promovam apoio em cada momento do perioperatório, tornam-se capazes de ajudar a aliviar a ansiedade (Hinkle & Cheever, 2020).

O ensino surge como uma vertente essencial no pré-operatório, capaz de reduzir essas sensações, é definido como o ensino ao doente sobre a sua patologia, procedimentos futuros e expectativas pós-operatórias, bem como a orientação, de forma a garantir a adesão a planos de tratamento (Spalding, 2003; como referido por Wilson et al., 2016;), permitindo que o doente desenvolva respostas adequadas às diferentes situações que vivencia (Breda & Cerejo, 2021). Constitui uma dimensão importante da profissão de enfermagem em contexto cirúrgico e é determinante para a construção de uma parceria que facilite a comunicação entre o doente e o enfermeiro (Pettersson, Öhlén, Friberg, Hydén & Carlsson, 2017). Nesse pressuposto, quando um doente é ensinado com vista à sua capacitação, não ratifica apenas no seu papel colaborativo na gestão dos cuidados, mas também conhece e possui habilidades, experiência, confiança e recursos que permitem contribuir para essa colaboração (Hibbard et al., 2004; como referido por Wilson et al., 2016). O autor considera que essa capacitação é fulcral na redução dos níveis de ansiedade e no aumento da satisfação do doente. Por conseguinte, o ensino realizado no pré-operatório, tem como objetivo prevenir fatores de risco, que possam

levar a complicações e permite que o doente adote comportamentos que o ajudem a melhorar a capacidade para lidar com o evento cirúrgico, a prevenir e reduzir a ansiedade e complicações pós-operatórias associadas à morbidade, mortalidade e aumento do tempo de internamento hospitalar (Kalogianni et al., 2016). Os mesmos autores consideram que, enfatizar os fatores de risco, e ensinar sobre como preveni-los, pode motivar o doente a modificar comportamentos que reduzam esses fatores.

O ensino é essencial para a recuperação do doente, tornando-se uma ferramenta fundamental para fornecer informações sobre o seu estado de saúde, tratamento e recuperação (Shuldham, Fleming & Gooddman, 2002; como referido por King et al., 2014). O enfermeiro, perante uma pessoa que irá ser submetida a uma intervenção cirúrgica e com o intuito de dar resposta às suas necessidades, deve transmitir determinadas informações através de um plano de ensino específico. Estas informações, podem ser transmitidas na visita pré-operatória de enfermagem, em contexto de consulta de enfermagem prévia à admissão, ou pelo enfermeiro do serviço de internamento quando a visita pré-operatória não existe, ou ainda por ambos em forma de complemento (Estrela, 2012).

O ensino deve ser iniciado o mais cedo possível, e deve ser espaçado, de forma a que o doente assimile a informação e consiga esclarecer as dúvidas que possam surgir (Hinkle & Cheever, 2020). É importante direcionar e fomentar a vinculação do doente com a cirurgia, de forma a diminuir a ansiedade, informar sobre atitudes que melhorem o restabelecimento fisiológico e medidas de prevenção de complicações no pós-operatório (Marek & Boehnlein; como referido por Estrela, 2012). No momento da realização do o ensino, deve ser efetuada uma avaliação da disposição do doente para aprender e adequar a melhor abordagem para maximizar o seu entendimento face ao ensino/informação que lhe vai ser dirigido (Hinkle & Cheever, 2020).

Gonçalves e Braga (2012) como referido por Gonçalves et al. (2017), referem que é no período pré-operatório que o enfermeiro deve analisar o conhecimento que a pessoa tem e compreender quais as suas expetativas em relação à cirurgia. Os mesmos autores ressaltam os ganhos da transmissão de informação à pessoa submetida a cirurgia, no pré-operatório, essencialmente no que diz respeito à redução dos níveis de ansiedade, tempo de recuperação, complicações cirúrgicas, manutenção de sedo-analgésia e na adesão terapêutica.

No estudo realizado por Gonçalves et al. (2017), apurou-se que no período pré-operatório, a perceção do doente relativamente à informação e conhecimentos que possui é baixa. Isso pode levar a que experimente sensações de ansiedade face ao

desconhecido, falta de conhecimento relativamente a cuidados a ter para prevenção de complicações, e falta de adesão ao tratamento por desconhecimento do processo de recuperação. Nesse sentido, os mesmos autores consideram que a informação é essencial, possibilitando respostas adequadas às diferentes situações e participação efetiva na tomada de decisão.

O doente precisa de saber o que o espera, o que deve e quando deve fazê-lo, de forma a verificar se o seu progresso é normal (Gilmartin & Wright, s.d; como referido por Kruzik, 2009). Este autor refere que as informações, adquiridas antecipadamente, permitem que a pessoa tenha tempo de planear, considerar opções, fazer previsões e com isso diminuir a ansiedade e promover o autocuidado. O ensino pré-operatório fornece ao doente, informações pertinentes sobre o processo e procedimento cirúrgico, bem como conhecimento sobre as sensações previstas (Kruzik, 2009).

Hinkle e Cheever (2020) consideram que saber o que esperar, pode ajudar o doente a prever essas reações e com isso conseguir um nível inferior de ansiedade. Contudo, alertam que informações excessivamente detalhadas podem produzir o efeito contrário, aumentando a ansiedade. O enfermeiro deve ser sensível a essa questão, realizando uma avaliação adequada do doente e prestando informações que vão ao encontro das necessidades identificadas.

Walker (2007); como referido por Estrela (2012), refere que o ensino pré-operatório deve ser dividido em três categorias: informações relacionadas com a saúde, ensino de habilidades e apoio psicossocial. Assim, de acordo com Estrela (2012) e Hinkle e Cheever (2020), são considerados um conjunto de informações/ensinos/passos que devem ser transmitidos no pré-operatório a todos os doentes:

- **Avaliação pré-operatória:** deve ser realizada a síntese de alguns cuidados a ter em conta, exames complementares de diagnóstico necessários para a realização da cirurgia em segurança, história de saúde e alergias;
- **Preparação física:** devem ser explicados os cuidados a ter com a pele e vestuário. O objetivo da preparação cutânea no pré-operatório é prevenir a infeção, sem comprometer a integridade da pele. Deve ser explicada a necessidade e a importância da remoção de próteses e adornos e da não utilização de cremes e perfumes antes da intervenção cirúrgica.

Em determinadas cirurgias, os enemas são indicados no pré-operatório, pelo que deve ser explicada a sua necessidade e supervisionado o seu cumprimento. No caso da cirurgia do aparelho digestivo, permitirá visualizar melhor o local

cirúrgico, prevenindo traumatismos e contaminação do peritoneu, com material fecalóide;

- **Alimentação e Jejum:** o jejum, é na maioria das situações um processo essencial (no entanto, o conhecimento recente refere o jejum desnecessário, valorizando a ingesta alimentar) no pré-operatório e poderá variar, devendo ser programado consoante o tipo de cirurgia a realizar e protocolo em vigor na instituição. A finalidade de suspender alimentos sólidos e líquidos antes da cirurgia é evitar a aspiração pulmonar. A possível necessidade de continuação de pausa alimentar no pós-operatório deve ser explicada ao doente e supervisionado o seu cumprimento;
- **Acompanhamento para o bloco operatório (BO), permanência no BO antes da cirurgia e ambiente da sala operatória:** permitirá que o doente conheça o ambiente com que se defrontará quando for admitido nas instalações de apoio ao BO;
- **Dispositivos médicos e sensações associadas:** explicar a possibilidade de o doente vir a ter determinados dispositivos e/ou equipamentos após o ato cirúrgico e possíveis sensações que lhe possam causar;
- **Dor e métodos de controlo da dor:** na explicação e avaliação da dor, deve estar presente a diferenciação entre dor aguda e dor crónica, ou seja, a dor que poderá estar associada à intervenção cirúrgica e história de dor prévia do doente. Informar que será administrada medicação para alívio da dor, mediante prescrição e que deverá comunicar, caso a dor persista. Devem também ser explicadas as técnicas não farmacológicas para complementar o controlo da dor;
- **Métodos para controlo de ansiedade:** devem ser utilizadas e explicadas algumas estratégias que permitam aliviar a tensão, diminuir a ansiedade e medo, fazendo com que o doente se sinta mais relaxado. Algumas dessas estratégias incluem a imaginação guiada, distração, musicoterapia, técnicas respiratórias de relaxamento e favorecer o otimismo e pensamento positivo. Explorar ainda os mecanismos de *coping* do doente ou métodos alternativos para lidar com a ansiedade;
- **Efeitos da medicação de sedo-analgésia:** deve ser explicada a necessidade de medicação de sedo-analgésia e possíveis sensações associadas;
- **Mobilização e primeiro levante:** explicar o tempo de repouso no leito, procedimento de primeiro levante e possíveis sensações. A promoção da mobilidade e deambulação precoce (quando indicada) tem como objetivo melhorar a circulação, promover a função respiratória e prevenir a estase

venosa, entre outras complicações. Deve-se demonstrar ao doente como realizar o procedimento, sem interferir com os dispositivos médicos (drenos, sondas) nem com a ferida cirúrgica;

- **Respiração e tosse como meio de prevenção de complicações respiratórias no pós-operatório:** um dos objetivos do ensino pré-operatório é capacitar o doente para realizar uma correta expansão pulmonar, que irá favorecer a oxigenação sanguínea após a anestesia e consequentemente promoverá uma adequada oxigenação dos tecidos, favorecendo a cicatrização e promovendo o relaxamento. No caso dos doentes com intervenções abdominais e torácicas previstas, deve-se demonstrar como imobilizar a incisão de forma a diminuir a pressão exercida e a controlar a dor. A explicação de como promover uma tosse eficaz, permitirá a prevenção de complicações respiratórias, entre outras;
- **Visitas no pós-operatório:** informar relativamente ao horário, número de visitas e tempo de permanência;
- **Preparação para a alta hospitalar:** através de uma lógica multidisciplinar e multiprofissional, fazendo uma correta avaliação das condições sociais, económicas, psicológicas, competências do doente e da família.

Informações sobre a nutrição, função intestinal e cuidados com a mobilização, são essenciais para que o doente se sinta informado, saiba o que é esperado e possa participar ativamente no seu tratamento (Pettersson et al., 2017). Segundo estes autores, o ensino é essencial, pois permite que o doente compreenda a realização de determinados procedimentos e os benefícios que lhes estão inerentes, nomeadamente o alívio da ansiedade, diminuição da dor, redução de tempo de recuperação e aumento da autoestima.

Assim, devem ser planeadas intervenções decorrentes de uma correta avaliação do doente, atendendo à sua individualidade e necessidades informativas, reduzindo o impacto emocional gerado pelas alterações resultantes da cirurgia. (Breda & Cerejo, 2021). As informações/ensinos devem ser proporcionadas de forma atempada, para que os doentes não revelem níveis de ansiedade e stresse elevados, o que é prejudicial para a sua adaptação ou ajustamento, ou seja, para que vivenciem mais positivamente a sua situação (Agozzino et al., 2019) e realizados no pré-operatório mediato, de forma a que a pessoa tenha tempo de assimilar a informação e esclarecer eventuais dúvidas que possam surgir (Perrando et al., 2011). Devem ser realizados individualmente, proporcionando oportunidade de acomodar as necessidades de aprendizagens específicas do doente em particular (Wilson et al., 2016; Hinkle & Cheever, 2020). Numa

revisão realizada por Wilson et al. (2016), verificou-se que a educação individualizada e centrada no doente, é considerada mais efetiva, na medida em que o aconselhamento individual proporciona maior oportunidade para atender as necessidades do doente em particular, aumentando a sua compreensão sobre os procedimentos. Os cuidados centrados no doente e individualizados permitem o tratamento segundo uma visão holística. No doente cirúrgico, esta individualização do cuidado é percebida como um tratamento de dignidade e respeito, promovendo segurança e reduzindo a sensação de incerteza (Arakelian, Swenne, Lindberg, Rudolfsson & Von Vogelsang, 2017).

Para que esse ensino seja eficaz, as informações devem estar disponíveis sob várias formas (por exemplo por meio de panfletos, meios audiovisuais, entre outros). O plano deve ser ajustado consoante as características da pessoa, as suas necessidades e estilos de aprendizagem (Kruzik, 2009). A evidência tem revelado que os doentes que recebem um plano de ensino estruturado, são mais propensos a seguir o regime terapêutico comparativamente com os que recebem ensino não estruturado (King et al., 2014). Em reforço do referido, os resultados obtidos por Klaiber et al. (2018) num estudo cujo objetivo era avaliar o impacto de um programa de educação pré-operatória (em seminário) com vista à redução de complicações pós-operatórias em cirurgia abdominal major, demonstrou não se verificar influência relevante do ensino pré-operatório do doente em comparação com o atendimento padrão, tanto a nível de complicações cirúrgicas, como a nível da ansiedade. No entanto, mediante a aplicação de um questionário de satisfação, os doentes consideraram relevante a implementação do programa de ensino, essencialmente no que diz respeito à recuperação no pós-operatório e a fazer parte integrante do seu processo de recuperação. Ainda na continuidade, Chang et al. (2020) demonstraram que um plano de ensino aplicado no pré-operatório e no pós-operatório está associado a uma redução significativa dos sintomas de ansiedade e depressão, melhoria da qualidade de vida e diminuição da dor, no pós-operatório.

Também Reaza-Alarcón e Rodríguez-Martín (2019), realizaram uma revisão alusiva à eficácia do ensino pré-operatório na redução da dor vivenciada no pós-operatório e constataram que o plano de intervenção tem influência significativa na redução do nível de ansiedade e capacitação da pessoa para a realização das atividades de vida diária. Corroborando o mesmo resultado, Cetkin e Tuna (2019) comprovam com o seu estudo uma redução estatisticamente significativa da ansiedade-estado no período pós-operatório nos doentes a quem tinha sido aplicado um plano de ensino através de um panfleto educativo. Os mesmos autores verificaram também valores estatisticamente menores na intensidade e duração da dor pós-operatória.

Kalogianni et al., (2016) referem que o ensino de enfermagem no período pré-operatório é capaz de diminuir, para além da sensação de ansiedade, complicações pós-operatórias como a taxa de infeção. Os mesmos autores referem, porém, que a intervenção não se verificou eficaz no tempo de internamento e redução de taxa de reinternamentos.

## **PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

A investigação científica permite propor teorias ou verificá-las e é definida por Fortin (2009) como um método empírico, sistemático e controlado para a verificação de hipóteses, no que diz respeito a relações presumidas entre fenómenos naturais e permite encontrar respostas a questões precisas. Estabelece ainda relação entre a fase conceptual e a metodológica e a sua aplicação no mundo empírico. A mesma autora defende que é essencial realizar uma planificação em função dos resultados já existentes.

A fase metodológica antecede a fase empírica e consiste em definir os meios de efetivar a investigação. É no decurso da fase metodológica que é criado um plano lógico, por parte do investigador, de forma a obter as respostas válidas às questões de investigação, ou verificação das hipóteses formuladas. As decisões tomadas nesta fase serão determinantes para o desenrolar do estudo (Fortin, 2009).

### **4- METODOLOGIA**

Neste capítulo, será descrito o tipo de estudo, apresentada a questão de investigação e os objetivos formulados, a população e a amostra sobre a qual incidirá o estudo. Será também descrita a operacionalização das variáveis e enunciadas as hipóteses a testar, bem como o instrumento e procedimentos de colheita dos dados, explicado o plano de intervenção e o procedimento de análise dos dados e, por fim, os procedimentos formais e éticos.

#### **4.1- TIPO DE ESTUDO**

O plano definido pelo investigador para obter resposta às questões e hipóteses formuladas diz respeito ao desenho da investigação. Este “varia segundo o objetivo, as questões de investigação ou as hipóteses e o seu estabelecimento tem lugar ao mesmo tempo que a escolha do método, devendo servir para conduzir a investigação” (Fortin, 2009, p.54). O desenho irá designar o tipo de estudo que será realizado.

Selecionou-se a metodologia quantitativa por se considerar ser a mais adequada para abordagem da problemática, sendo que nesta se pretende perceber e analisar de que forma o ensino de enfermagem pré-operatório tem influência no nível de ansiedade da

pessoa submetida a cirurgia. Assim, propõe-se a realização de um estudo correlacional, quase-experimental, com envolvimento de grupo de controlo. A metodologia quantitativa, aborda as causas dos fenómenos, baseando-se na observação de factos, acontecimentos e fenómenos assentes na objetividade, comportando um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis (Fortin, 2009). Nesse pressuposto, considera-se quantitativa porque a investigação é baseada na teoria, onde, através de um plano de investigação estruturado logicamente, se pretende testar e comprovar teorias em campo, a fim de obter resultados e em que a questão objeto de estudo se entende a partir de uma visão de eficácia (Coutinho, 2014). Considera-se correlacional, tendo em conta que estuda a relação entre as variáveis, explorando-as e verificando-as, neste caso, pela influência de algumas variáveis na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia. É quase-experimental tendo em conta que embora estejam presentes a manipulação e o grupo de controlo, a amostra não é aleatória, ou seja, não se verifica randomização (Fortin, 2009). A mesma autora considera que este tipo de estudos é útil, na medida em que permite analisar os fenómenos quando não é possível obter uma amostra aleatória, são mais fáceis de concretizar, podendo abarcar algum tipo de manipulação por parte do investigador.

#### 4.2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Toda a investigação tem como ponto de partida a dúvida, o questionamento. Uma questão de investigação corresponde a uma pergunta explícita, referente a um tema que se pretende indagar, com vista a desenvolver o conhecimento existente (Fortin, 2009). Assim, a definição da questão é uma etapa fulcral no processo de investigação, indicando a direção a tomar e constituindo-se como “um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2009, p.73).

Deste modo, foi delineada como ponto de partida para este estudo, a questão de investigação:

- **“Qual o impacto do ensino de enfermagem pré-operatório, na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia?”**

Formulada a questão de investigação, procede-se à definição de objetivos capazes de lhe dar resposta. Estes, são responsáveis por precisar a direção que o investigador pretende dar à investigação (Fortin, 2009). Assim, foram definidos como objetivos deste estudo:

- Avaliar o impacto do ensino de enfermagem pré-operatório, na pessoa submetida a cirurgia.
- Avaliar o nível de ansiedade da pessoa submetida a cirurgia, nos períodos pré e pós-operatório;
- Identificar a influência das variáveis: idade, sexo, estado civil, tipo de cirurgia e experiências cirúrgicas anteriores, nos níveis de ansiedade vivenciados no pós-operatório.

#### 4.3 – POPULAÇÃO/AMOSTRA

Fortin (2009), define população como um conjunto de pessoas ou elementos, que partilham características em comum. Na impossibilidade de inquirir toda a população, será constituída uma amostra representativa da população alvo. Essa amostra será constituída por um conjunto de pessoas às quais se recolherão dados e deve apresentar as mesmas características que a população de onde foi extraída.

Como tal, e de forma a definir a fração de população onde incidirá a investigação, foram considerados como critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Saber ler e escrever;
- A aguardar intervenção cirúrgica programada (cirurgia eletiva).

Não foram consideradas pessoas com patologia psiquiátrica ou neurológica, grávidas ou com presença de distúrbios cognitivos que pudessem inviabilizar a colheita de dados.

Nesta investigação, foram incluídos os doentes internados num serviço de especialidades cirúrgicas, de uma instituição direcionada para o tratamento do doente oncológico, propostos para cirurgia eletiva, nos meses de março e abril de 2022.

Foi considerada uma amostragem não probabilística e acidental, uma vez que os indivíduos foram selecionados consoante os critérios de inclusão e plano cirúrgico definido no período da colheita dos dados e à medida que se apresentavam no local, até ser atingida uma amostra representativa, para ambos os grupos. Relativamente ao tipo de cirurgia, foi considerada cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia torácica, ginecologia, urológica e cirurgia da cabeça e pescoço. Nesta última especialidade foi excluída cirurgia major, tendo em conta a sua especificidade e pela ambivalência de necessidades que o doente tem no pré e pós-operatório.

Relativamente ao tamanho da amostra, foi aplicado o questionário a um total de 73 doentes, no período de tempo definido. Destes, foram excluídos sete questionários, três por não estarem totalmente preenchidos e quatro por os doentes não reunirem condições no período definido para concluir o preenchimento da segunda parte. Desta forma, a amostra ficou constituída por 66 doentes, 33 no grupo de controlo e 33 no grupo experimental.

#### 4.4 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Uma grande variedade de estudos destina-se a compreender a causa de diversos fenómenos. As variáveis, consideradas como as unidades de base da investigação, constituem qualidades ou características de pessoas ou momentos, que são objeto do estudo, ao qual é atribuído um valor que pode ser medido, manipulado ou controlado (Fortin, 2009). Deste modo, a variável independente corresponde à causa presumida, à intervenção ou à exposição em questões focadas na prática baseada em evidência, e o efeito presumido à variável dependente, ou seja, aquilo que os investigadores querem entender, explicar ou prever (Polit & Beck, 2011).

No delineamento desta investigação, considerou-se como variável dependente o nível de ansiedade no período pós-operatório e como variável independente o ensino pré-operatório de enfermagem. A ansiedade do doente será avaliada, mediante a aplicação da “Escala de Ansiedade-Estado IDATE de Spielberger”, no pré e no pós-operatório, e o impacto do ensino de enfermagem pré-operatório, será avaliado através da comparação dos níveis de ansiedade entre o grupo experimental e do grupo de controlo, no pós-operatório e pela aplicação da “Escala de Avaliação de Informação Pré-operatória”, desenvolvida por Gonçalves e Cerejo (2020). As variáveis atributo, correspondem às características pré-existentes dos participantes em estudo e permitem obter o perfil demográfico das características da amostra (Fortin, 2009). Assim, serão consideradas como variáveis atributo para este estudo: idade, sexo, estado civil, tipo de cirurgia e experiências cirúrgicas anteriores.

Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário de caracterização, na primeira fase da colheita de dados. A variável idade foi obtida através de uma questão de resposta aberta e organizada posteriormente em grupos etários. Para a variável sexo foram considerados dois tipos de resposta fechada: masculino e feminino. A variável estado civil foi subdividida em quatro opções: solteiro(a), casado(a) ou em união de facto, divorciado(a) e viúvo(a). Relativamente às experiências cirúrgicas anteriores, foi realizada a pergunta fechada: “já alguma vez foi operado?”, com possibilidade de duas

respostas: “sim” e “não”. Aos doentes que responderam “sim” à questão, foi ainda questionado se consideravam que tinham sido devidamente informados sobre todo o tratamento recebido e se houve alguma complicação quer cirúrgica, quer no período de recuperação. Para ambas as questões havia duas possibilidades de resposta: “sim” e “não”.

Por fim, relativamente à variável tipo de cirurgia, foi realizada a questão aberta “Qual a operação a que vai ser submetido/a”, onde o doente deveria registar a intervenção cirúrgica que estava programado realizar. Tendo em conta que muitos dos doentes manifestavam dificuldade em enunciar o nome da cirurgia que iriam realizar, este parâmetro era confirmado e corretamente referenciado, no momento da recolha do questionário, pelo enfermeiro que procedeu à colheita de dados. As intervenções cirúrgicas foram agrupadas de acordo com a especialidade que lhe era inerente, sendo definidos cinco grupos: cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia torácica, cirurgia urológica, cirurgia ginecológica e cirurgia de cabeça e pescoço.

#### 4.5 – HIPÓTESES

As hipóteses são uma predição do resultado da investigação e são formuladas tendo em conta as variáveis definidas e a população-alvo em estudo. Estas, terão influência na seleção do método de colheita e análise dos dados e na interpretação dos resultados (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011).

Mediante os objetivos definidos neste estudo, foram enunciadas as seguintes hipóteses:

**H1:** A ansiedade da pessoa submetida a cirurgia é diferente consoante é ou não submetida a um programa de ensino de enfermagem pré-operatório;

**H2:** O tipo de cirurgia a que a pessoa é submetida influencia os níveis de ansiedade no pós-operatório;

**H3:** As experiências cirúrgicas anteriores influenciam os níveis de ansiedade no pós-operatório;

**H4:** Existe relação entre a idade, sexo e estado civil e o nível de ansiedade pós-operatória da pessoa submetida a cirurgia.

#### 4.6 - INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLHEITA DOS DADOS

A seleção de um método para colheita de dados constitui um passo crucial para o processo de investigação. Deve ser considerado um instrumento de medida que esteja

em consonância com as variáveis definidas e que seja capaz de oferecer fidelidade e validade ao estudo (Fortin, 2009).

Tendo em conta que este estudo visa determinar qual o impacto do ensino de enfermagem na ansiedade da pessoa no pós-operatório, importa seleccionar um método que permita colher dados que possam dar resposta à problemática.

Como instrumento de avaliação da ansiedade, foi seleccionado o Inventário Ansiedade-Traço-Estado de Spielberger (STAI Forma Y-1), traduzido para a versão portuguesa por Daniel e Ponciano, em 1996. O inventário é amplamente utilizado para avaliação da ansiedade do doente cirúrgico.

O inventário é constituído por duas escalas: a ansiedade-traço, em que a pessoa deve descrever como se sente habitualmente e a ansiedade-estado, referente a como a pessoa se sente no momento. Neste estudo será aplicada a escala ansiedade-estado visto que é o que se considera mais adequada para avaliar a ansiedade do doente no momento de transição em que se encontra. A escala contempla 20 afirmações, nas quais a pessoa deverá referir a intensidade do que sente, naquele momento, mediante 4 afirmações: “não”, “um pouco”, “moderadamente”, “muito”. O score da escala varia entre os 20 e os 80 pontos, sendo que pontuações mais elevadas são indicadores de maior nível de ansiedade. A escala será inserida num questionário (**Apêndice I**), o qual inicia pela caracterização da pessoa, nomeadamente: idade, sexo, estado civil, experiências cirúrgicas anteriores e tipo de cirurgia. A caracterização sociodemográfica e clínica foi elaborada especificamente para esta investigação, tendo em conta os objetivos do estudo e foi realizada no período pré-operatório.

Seguidamente, 48 horas após a realização da cirurgia, foi aplicado um questionário constituído novamente pelo Inventário Ansiedade-Estado de Spielberger e a Escala de Avaliação de Informação Pré-Operatória de Gonçalves e Cerejo (2020) a fim de avaliar a informação ministrada no pré-operatório. Os autores desenvolveram uma escala do tipo *likert* com 15 afirmações. Em cada uma, o doente deverá seleccionar uma das seguintes respostas: “nada informado”, “pouco informado”, “informado o suficiente” ou “informado demais”, pontuadas com 0, 1, 3 ou 2 pontos, respetivamente. A pontuação final obtida pode variar entre os 0 e os 45 pontos, em que quando maior o valor obtido, melhor a percepção do doente relativamente à informação pré-operatória recebida.

Com o intuito de analisar a fidelidade das escalas utilizadas e atestar a aplicabilidade ao nosso estudo, foi avaliada a consistência interna para a ansiedade global. Foi assim calculado o Coeficiente de Alpha de Cronbach da totalidade dos itens que compõe as escalas. O Coeficiente foi produzido por Lee Cronbach em 1951, é uma técnica

frequentemente utilizada para determinar o grau de consistência interna de um instrumento de medida, de forma a determinar até que ponto cada item da escala avalia um determinado conceito da mesma forma que os restantes (Fortin, 2009). Este valor varia de 0 e 100, sendo que um valor elevado determina uma grande consistência interna e, conseqüentemente, uma maior fiabilidade da escala utilizada.

Os valores obtidos no Inventário de Ansiedade aplicado no pré-operatório foram todos superiores a 0,629, o que nos indica que mesmo excluindo os itens um a um, os valores de fiabilidade interna mantiveram-se superiores a 0,629, o que significa que a ansiedade global não depende exclusivamente de um só item. Em termos gerais, o valor de alpha geral obtido (0,656) é considerado razoável. Já para o Inventário de Ansiedade aplicado no pós-operatório, os valores são semelhantes, onde os valores de alpha se mantiveram superiores a 0,658, significando que a ansiedade global não depende exclusivamente de um só item.

No que diz respeito à Escala de Avaliação de Informação Pré-Operatória, os valores de alpha mantiveram-se superiores a 0,766, significando que a informação global não depende exclusivamente de um só item. Em termos gerais, o valor de alpha obtido foi de 0,783 é considerado bom.

#### 4.7. PLANO DE INTERVENÇÃO

Após a aprovação por parte da comissão de ética, gabinete de investigação e direção da instituição, para a realização do estudo, procedeu-se à colheita dos dados, que foi realizada no período de dois meses (março e abril de 2022).

Foi solicitada a colaboração aos enfermeiros da unidade de internamento, para o procedimento de colheita dos dados. Numa reunião, foi apresentado pela investigadora: a problemática em estudo, os objetivos definidos e o documento de colheita dos dados, de forma a que a mesma fosse realizada de modo sistematizado. Pelo risco de haver enviesamento de dados na diferenciação do grupo experimental e grupo de controlo, caso todos os enfermeiros conhecessem o plano de ensino, o mesmo foi apenas apresentado a dois enfermeiros da unidade de cuidados, tendo estes ficado responsáveis pela colheita de dados ao grupo experimental. A investigadora teve um papel ativo nesse processo e na supervisão da colheita de dados.

O contacto com os participantes do estudo era realizado à medida que estes eram admitidos no serviço, tendo em conta os critérios de inclusão definidos e o plano cirúrgico vigente. Após prévia explicação do estudo ao doente e aceitação em participar, foi-lhe solicitada leitura, análise e assinatura do documento de consentimento

informado (**Apêndice II**). Mediante as admissões, ao longo dos dois meses em que decorreu a colheita dos dados e pelo critério par-ímpar, os doentes foram sendo alocados aos dois grupos (experimental e de controlo). A todos os participantes, foi aplicada a “Escala de Ansiedade-Estado IDATE”, no momento da admissão e às 48 horas de pós-operatório, nesse momento foi também aplicada a “Escala de Avaliação de Informação Pré-Operatória”.

Os desenhos experimentais requerem comparação entre pelo menos dois grupos de participantes, denominado “grupo experimental” e “grupo de controlo”. O grupo experimental foi alvo de um plano de intervenção, ao passo que o de controlo seguiu os tramites em vigor na instituição. A constituição de um grupo de controlo é essencial e serve como ponto de comparação na verificação do efeito do plano de intervenção nas variáveis dependentes (Fortin, 2009). Ao grupo experimental, tal como descrito, foi aplicado um plano de intervenção específico - “Guia de ensino pré-operatório” (**Apêndice III**), construído de acordo com a evidência científica e experiência profissional da investigadora, englobando diversos itens, entre os quais: avaliação pré-operatória, preparação física, jejum, circuito do BO, medicação de sedo-analgésia e dor, dispositivos médicos e sensações associadas, ansiedade, mobilizações, primeiro levante, tosse como meio de prevenir complicações e visitas. O plano, baseado no guia foi realizado no pré-operatório, após a aplicação da primeira parte do questionário (caraterização sociodemográfica e avaliação da ansiedade). O plano de ensino foi adaptado a cada doente e ao tipo de cirurgia que iria realizar.

#### 4.8 - PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Posteriormente à colheita dos dados, foi realizada uma revisão à totalidade dos questionários para verificar se todos estariam bem preenchidos e completos. Seguidamente, e tendo em conta que estamos perante um estudo quantitativo, o tratamento estatístico dos dados foi concretizado informaticamente utilizando o programa SPSS, versão 26.0. Neste, os dados foram codificados, categorizados e agrupados na base de dados e realizado o seu tratamento estatístico, com vista à adequação aos objetivos e hipóteses de investigação formuladas, em que se utilizaram os seguintes níveis de significância (Pestana & Gageiro, 2014; Fortin, 2009):

- $p \geq 0.05$  – não significativo
- $p < 0.05$  – significativo
- $p < 0.01$  – bastante significativo

- $p < 0.001$  – altamente significativo

Os dados foram posteriormente submetidos a uma análise estatística descritiva e inferencial.

De acordo com Fortin (2009), na análise descritiva dos dados, o investigador resume os dados, com a ajuda de testes estatísticos, com vista à descrição da amostra e a responder às questões formuladas. De forma a proceder à análise estatística dos dados, utilizaram-se técnicas estatísticas descritivas, nomeadamente:

- Frequência absoluta (n) e relativa (%);
- Medidas de tendência central (média e mediana);
- Medidas de dispersão (desvio padrão (D.P.), mínimo (Min) e máximo (Máx));
- Coeficiente de variação (C.V.)

A normalidade da distribuição das variáveis foi verificada pela aplicação do teste de *Kolmogorov-Sminov*.

Na análise estatística inferencial, pretende-se projetar para a população os dados resultantes da amostra. Neste processo, deve ser assegurado que as características selecionadas caracterizam devidamente as da população alvo e são passíveis de ser generalizáveis (Fortin, 2009). Nesta fase procedemos à verificação da validade das hipóteses e posteriormente foram selecionados testes de hipóteses consoante as características de normalidade de distribuição da amostra, com o intuito de credibilizar o nosso estudo, nomeadamente testes U de *Mann-Whitney* e testes de *Kruskal-Wallis*.

Foram realizados testes de hipóteses não paramétricos, uma vez que a amostra não apresenta uma distribuição normal da variável dependente. Importa referir que a ansiedade pré-operatória apresenta uma distribuição normal, mas a ansiedade pós-operatória e a avaliação da informação não, pelo que não foi considerada a normalidade da amostra, no seu conjunto.

#### 4.9 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Numa fase inicial e antes de avançar para a colheita dos dados, o investigador deve ter em conta os pressupostos formais, visto que o estudo apenas poderá avançar mediante aprovação prévia e deve ser garantido que estão reunidas todas as condições necessárias do ponto de vista ético e formal para iniciar a colheita de dados.

Fortin (2009) considera que o investigador tem o dever de assegurar que a investigação é conduzida em conformidade com os princípios éticos. Torna-se pertinente a realização de um conjunto de documentos, nomeadamente: consentimento informado, direcionado

às pessoas em estudo, pedidos de autorização à direção e comissão de ética da instituição onde decorre o estudo. O consentimento informado representa um comprometimento formal do investigador para com o participante, em que o investigador assume que conhece os princípios fundamentais da ética na investigação e que irá conduzir o seu estudo mediante esses princípios, adotando práticas correspondentes durante todo o processo. De acordo com Streubert e Carpenter (2013), o consentimento informado pressupõe que os participantes detêm a informação adequada relativamente à investigação, que a compreenderam e estão aptos a realizar uma escolha livre de aceitar ou recusar a sua participação, salvaguardando os direitos humanos.

Deve ser garantido o anonimato e a confidencialidade na recolha e tratamento dos dados, de forma a que não haja identificação dos participantes no estudo.

A Declaração de Helsínquia, publicada em 1964 e revista pela última vez em 2013, enumera os princípios éticos para a investigação envolvendo seres humanos, determina que a proteção da dignidade, integridade, direito à autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade da informação pessoal dos participantes, constituem um dever e são fundamentais para garantir a conduta ética no processo da investigação científica (World Medical Association, 2013). Também a convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina, formalizada em Oviedo e em vigor a nível internacional desde 1999, e em Portugal desde 2001, defende o direito à informação e ao consentimento livre e esclarecido.

O documento de consentimento informado (**Apêndice II**) foi elaborado considerando os dois tratados supracitados e foi entregue aos participantes do estudo, antes de iniciar a primeira fase da colheita de dados, também foram fornecidas um conjunto de informações, nomeadamente: finalidade do estudo, o papel do doente no mesmo, garantias de anonimato e confidencialidade, de forma a que o processo seja esclarecido e voluntário. Com o intuito de garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados, os questionários foram codificados, sendo atribuído um código alfanumérico de acordo com a ordem por que foi efetuada a colheita de dados. No grupo experimental o número atribuído foi precedido da letra “E” e no grupo de controlo a letra “C”.

Foram omitidos todos os dados e informações que permitissem identificar o participante, de forma a que fosse assegurando o seu anonimato e confidencialidade. Foi permitida a desistência a qualquer momento do processo de recolha de dados, salvaguardando o direito de recusa, sem que daí resultasse qualquer tipo de dano ou prejuízo.

Com o intuito de cumprir todos os pressupostos éticos e legais ao longo desta investigação, foi obtida autorização dos autores para utilização do “Inventário de

ansiedade estado-traço (STAI – Forma Y) (**Anexo I**) e da “Escala de Informação Pré-Operatória” (**Anexo II**). Foi também dirigido um pedido de autorização aos vários diretores do serviço “Especialidades Cirúrgicas I” e à enfermeira gestora, foi obtido um parecer favorável. Seguidamente, endereçou-se um pedido de autorização à comissão de ética, ao gabinete de investigação e ao conselho de administração da instituição onde decorreu o estudo (**Apêndice IV, V e VI**), de forma a obter autorização formal para realização do mesmo (**Anexo III e IV**). A investigadora assumiu o compromisso de divulgar os resultados, após a sua conclusão, ao gabinete coordenador de investigação da instituição hospitalar onde este foi efetuado.



### PARTE III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A efetivação do plano estabelecido, realiza-se pela passagem à fase empírica (Fortin, 2009), sendo que a apresentação dos resultados constitui a materialização de toda a informação que se recolheu ao longo do estudo, tendo em conta a questão de investigação, objetivos e hipóteses formuladas.

Esta parte encontra-se subdividida em dois capítulos. No primeiro capítulo pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos, em função de todos os dados recolhidos pela aplicação do questionário. Já o segundo capítulo, compreende a discussão dos principais resultados.

#### 5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Numa primeira fase, foi realizada uma caracterização sociodemográfica dos 66 doentes que compõem a amostra. Assim, pela análise da tabela 1, que se refere à estatística da idade em função do grupo de controlo e experimental, verificámos que a média de idades é menor no grupo de controlo (65,79 para 69,61 anos).

Globalmente, os dados estatísticos revelam que os inquiridos apresentam uma idade mínima de 38 anos e uma máxima de 87 anos, o que corresponde a uma idade média de 67,70 anos com um desvio padrão de 10,80 anos. Já pelo coeficiente de variação, verifica-se uma dispersão moderada (de 15% a 30%) dos dados, em torno da média.

**Tabela 1** – Distribuição da amostra em função da idade

	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>D.P.</b>	<b>CV (%)</b>
Experimental	41	87	69,61	9,86	14,16
Controlo	38	83	65,79	11,49	17,46
<b>Total</b>	38	87	67,70	10,80	15,95

Ainda em relação à idade, 42,4% dos doentes têm mais de 70 anos, o que corresponde à maioria dos elementos da amostra. Essa distribuição é semelhante nos dois grupos. No sentido de facilitar a análise dos dados, a variável idade foi organizada de acordo

com o grupo etário correspondente (Tabela 2). Assim, no que diz respeito ao grupo experimental, 5 elementos (7,6%) têm menos de 60 anos, 13 (19,7%) têm idade compreendida entre os 61 e os 70 anos e 15 (22,7%) têm idade superior a 70 anos. Relativamente ao grupo de controlo, 11 elementos (16,7%) têm menos de 60 anos, 9 (13,6%) têm idade compreendida entre os 61 e os 70 anos e 13 (19,7%) têm idade superior a 70 anos. Desta forma, pudemos verificar que entre os grupos etários definidos e o grupo experimental e controlo não foram encontradas diferenças significativas ( $X^2=3,120$ ;  $p=0,210$ ).

**Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com o grupo etário**

Idade	Experimental		Controlo		Total	
	N	%	n	%	n	%
≤60 anos	5	7,6	11	16,7	16	24,3
61-70 anos	13	19,7	9	13,6	22	33,3
>70 anos	15	22,7	13	19,7	28	42,4
<b>Total</b>	33	50,0	33	50,0	66	100,0

Relativamente à variável sexo, verifica-se que a maioria dos doentes que compõe a amostra são do sexo masculino ( $n=36$ ), com uma percentagem correspondente a 54,5%. Pela análise da tabela 3, verificamos que o grupo experimental é composto por 17 doentes do sexo masculino (25,8%) e 16 do sexo feminino (24,3%), enquanto que o grupo de controlo é constituído por 19 doentes do sexo masculino (28,8%) e 14 do sexo feminino (21,2%). A distribuição é semelhante nos dois grupos, ( $X^2=0,244$ ;  $p=0,621$ ).

**Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com o sexo**

Sexo	Experimental		Controlo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	17	25,8	19	28,8	36	54,5
Feminino	16	24,2	14	21,2	30	45,5
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>50,0</b>	<b>33</b>	<b>50,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>

Analisando a tabela 4, verificamos que relativamente ao estado civil, a maioria dos doentes são casados, com uma percentagem correspondente de 65,2% (n=43). Também pelos grupos a distribuição é semelhante, no grupo experimental 6,1% (n=4) dos doentes são solteiros, 31,8% (n=21) são casados ou vivem em união de facto, 3,0% (n=2) são divorciados e 9,1% (n=6) são viúvos. Já o grupo de controlo é composto por 3,0% (n=2) de solteiros, 33,3% (n=22) casados ou a viver em união de facto, 6,1% (n=4) divorciados e 7,6% (n=5) viúvos. Não foram encontradas diferenças significativas entre cada grupo e o estado civil ( $X^2=1,447$ ;  $p=0,694$ ).

**Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com o estado civil**

Estado civil	Experimental		Controlo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Solteiro	4	6,1	2	3,0	6	9,1
Casado/união de facto	21	31,8	22	33,3	43	65,2
Divorciado	2	3,0	4	6,1	6	9,1
Viúvo	6	9,1	5	7,6	11	16,7
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>50,0</b>	<b>33</b>	<b>50,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>

Seguidamente, procedeu-se à caracterização da amostra de acordo com o tipo de cirurgia a que os doentes iriam ser submetidos, nomeadamente: do aparelho digestivo, torácica, urológica, ginecológica e outras. Através da análise da tabela 5, verificámos que a maioria dos doentes foi submetido a cirurgia do aparelho digestivo, com uma

percentagem total de 56,1% (n=37). A distribuição é semelhante em ambos os grupos, sendo que no grupo experimental, 28,8% (n=19) dos doentes foram submetidos a este tipo de cirurgia, 7,6% (n=5) a cirurgia torácica, 7,6% (n=5) a cirurgia urológica, 1,5% (n=1) a cirurgia ginecológica e 4,5% (n=3) a outras, e no grupo de controlo, 27,3% (n=1) dos doentes foram submetidos a cirurgia do aparelho digestivo, 6,1% (n=4) a cirurgia torácica, 9,1% (n=6) a cirurgia urológica, 1,5% (n=1) a cirurgia ginecológica e 6,1% (n=4) a outras. Entre os dois grupos e o tipo de cirurgia não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=0,372$ ;  $p=0,985$ ).

**Tabela 5 – Distribuição da amostra de acordo com o tipo de cirurgia**

Tipo de cirurgia	Experimental		Controlo		Total	
	n	%	N	%	n	%
Digestiva	19	28,8	18	27,3	37	56,1
Torácica	5	7,6	4	6,1	9	13,6
Urológica	5	7,6	6	9,1	11	16,7
Ginecológica	1	1,5	1	1,5	2	3,0
Outras cirurgias	3	4,5	4	6,1	7	10,6
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>50,0</b>	<b>33</b>	<b>50,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>

No que diz respeito à história prévia de cirurgia, podemos verificar, tendo em conta a tabela 6, que a grande maioria dos doentes já tinham sido submetidos a algum tipo de cirurgia anteriormente, correspondendo a um total de 81,8% (n=54). A distribuição foi semelhante para ambos os grupos em estudo, sendo que no experimental 40,9% (n=27) já tinham sido operados e 9,1% (n =6) não, e no grupo de controlo a distribuição apresentou os mesmos valores percentuais, pelo que podemos afirmar que entre os grupos e a realização de cirurgia prévia não encontramos diferenças significativas ( $X^2=0,000$ ;  $p=1,000$ ).

No que concerne ao facto dos doentes se terem sentido informados na cirurgia anterior, a maioria responde afirmativamente, com uma percentagem correspondente de 85,2% (n=46). Destes, 35,2% (n=19) pertencem ao grupo experimental e 50,0% (n=27), ao grupo de controlo. Também a distribuição por grupos é semelhante, no entanto, como a

totalidade dos que responderam não ter sido informados (n=8) pertencem ao grupo experimental, revela a existência de uma diferença estatisticamente significativa ( $X^2=9,391$ ;  $p=0,002$ ).

A maioria dos doentes negou a existência de complicações cirúrgicas, verificando-se uma percentagem total de 87,0% (n=47). Destes, 42,6% (n=23) pertencem ao grupo experimental e 44,4% (n=23) ao grupo de controlo, revelando uma distribuição semelhante em ambos os grupos, pelo que entre estes e as complicações não encontramos diferenças significativas ( $X^2=0,164$ ;  $p=0,685$ ).

Por fim, no que se refere à importância da informação transmitida sobre a cirurgia, a maioria dos doentes considerou-a importante, com uma percentagem correspondente de 93,9% (n=62). Destes, 50,0% (n=33) pertencem ao grupo experimental e 43,9% (n=29) ao grupo de controlo. Também por grupos a distribuição é semelhante, no entanto a totalidade dos que consideraram que a informação não foi importante (n=4) pertencem ao grupo de controlo, demonstrando a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto à importância atribuída à informação transmitida nas cirurgias anteriores ( $X^2=4,258$ ;  $p=0,039$ ).

**Tabela 6** – Distribuição da amostra de acordo com a história prévia de cirurgia

Variáveis	Experimental		Controlo		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>História prévia cirurgia</b>						
Sim	27	40,9	27	40,9	54	81,8
Não	6	9,1	6	9,1	12	18,2
<b>Devidamente informado</b>						
Sim	19	35,2	27	50,0	46	85,2
Não	8	14,8	0	0,0	8	14,8
<b>Complicações</b>						
Sim	4	7,4	3	5,6	7	13,0
Não	23	42,6	24	44,4	47	87,0
<b>Importância informação</b>						
Sim	33	50,0	29	43,9	62	93,9
Não	0	0	4	6,1	4	6,1

Analisando a tabela 7, que se refere aos níveis da ansiedade pré-operatória e pós-operatória em função do grupo experimental e de controlo, avaliada através da Escala de Avaliação de Ansiedade de Spilberger (Forma Y) verificámos que, em média os doentes do grupo de controlo apresentam menor nível de ansiedade pré-operatória (44,42 pontos), relativamente aos do grupo experimental (47,39 pontos). Também no que se refere à ansiedade pós-operatória a distribuição é semelhante, observando-se uma média de 43,33 pontos no grupo de controlo e 47,36 pontos no grupo experimental. Importa referir que em ambos os grupos foi observado um decréscimo nos níveis de ansiedade da fase pré-operatória para a fase pós-operatória.

**Tabela 7 – Dados estatísticos relativos aos níveis de ansiedade pré e pós-operatória**

Nível de ansiedade		Min	Max	M	D.P.	CV (%)
<b>Ansiedade Pré-operatória</b>	Experimental	32	59	47,39	6,85	14,45
	Controlo	32	57	44,42	5,54	12,47
	Total	32	59	45,91	6,36	13,85
<b>Ansiedade Pós-operatória</b>	Experimental	32	61	47,36	5,97	12,61
	Controlo	34	56	43,33	5,05	11,65
	Total	32	61	45,35	5,85	12,90

Quanto à avaliação da informação transmitida por meio do ensino de enfermagem no pré-operatório, constatamos, pela análise da tabela 8, que os doentes do grupo experimental, se sentiram mais informados (37,88 pontos) que os do grupo de controlo (30,73 pontos).

Globalmente, os resultados revelam que os doentes que participaram na investigação apresentam um score mínimo de 12 pontos e um score máximo de 45 pontos correspondente a um score médio de 34,30 pontos e um desvio padrão de 7,71 pontos.

O coeficiente de variação, mostra uma dispersão moderada de 15% a 30% dos dados em torno da média. Este valor, permite comparar a variabilidade de duas variáveis em que os resultados são interpretados do seguinte modo: 0% - 15% dispersão baixa; 16% - 30% dispersão moderada; > 30% Dispersão alta (Pestana & Gageiro, 2014).

**Tabela 8** – Dados estatísticos relativos à avaliação da informação pré-operatória

	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>D.P.</b>	<b>CV (%)</b>
Experimental	12	45	37,88	6,63	17,50
Controlo	17	45	30,73	7,10	23,10
<b>Total</b>	12	45	34,30	7,71	22.48

No seguimento dos resultados apresentados anteriormente, foram realizados testes estatísticos para verificação das hipóteses formuladas.

Com o objetivo de atribuir credibilidade à investigação, foram formuladas algumas hipóteses e as mesmas foram testadas através de testes não paramétricos, nomeadamente os testes *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*. Recorreu-se a testes não paramétricos, visto que não existe uma distribuição normal da variável dependente, como nos mostra o teste da normalidade realizado.

Pelo teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors*, apresentado na tabela 9, podemos constatar que a distribuição dos dados relativamente à variável dependente ansiedade, não se encontra enquadrada na normalidade. Importa referir que, embora a ansiedade pré-operatória apresente uma distribuição normal, a ansiedade pós-operatória e a avaliação da informação pré-operatória não se encontram enquadradas na normalidade pelo que assumimos que a amostra não segue uma distribuição normal.

**Tabela 9** – Teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors*

	<b><i>Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors</i></b>	
	<b>Dados estatísticos</b>	<b>p</b>
Ansiedade pré-operatória	0,085	0,200
Ansiedade pós-operatória	0,197	0,006**
Avaliação da informação	0,122	0,017*

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

As hipóteses formuladas foram testadas com uma probabilidade de 95% e com um respetivo nível de significância de 5% (p=0,05). Os critérios utilizados para a tomada de

decisão nos testes de hipóteses, basearam-se no estudo das probabilidades, em que nesse caso pudemos confirmar a hipótese quando a probabilidade apresentar valores inferiores a 0,05 ( $p < 0,05$ ) e rejeitar em caso de valores superiores.

Com o objetivo de responder à questão de investigação e objetivos enunciados, foram formuladas quatro hipóteses, na tentativa de identificar diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo.

**Hipótese 1: A ansiedade da pessoa submetida a cirurgia é diferente consoante é ou não submetida a um programa de ensino pré-operatório de enfermagem.**

De forma a compreender de que modo o ensino de enfermagem pré-operatório tem influência nos níveis de ansiedade da pessoa submetida a cirurgia, foi efetuado o Teste U de *Mann-Whitney* (tabela 10). Pela realização deste teste, pudemos verificar, através das ordenações médias, um nível de ansiedade tanto pré-operatório como pós-operatório mais elevado nos doentes que constituem o grupo experimental (ou seja, o grupo que recebeu o ensino pré-operatório de enfermagem), em relação ao grupo de controlo. No entanto as diferenças apenas são estatisticamente significativas ( $p = 0,002$ ), a nível da ansiedade pós-operatória.

**Tabela 10** – Resultados do teste U de *Mann-Whitney* para verificação da hipótese 1

Grupo	Experimental	Controlo
	Ordenação média	Ordenação média
Ansiedade pré-operatória	37,80	29,20
(p)	0,068	
Ansiedade pós-operatória	40,70	26,30
(p)	0,002**	

Foi realizado o mesmo teste para comparar a perceção dos doentes, entre ambos os grupos, relativamente à informação/ensino ministrada. Optou-se por realizar a avaliação, não por ser capaz de responder à hipótese formulada, mas com o intuito de dar força aos dados estatísticos obtidos, compreender de forma mais inclusiva a

importância do ensino pré-operatório de enfermagem e conseqüentemente ajudar a direcionar a posterior discussão dos resultados. Assim, através das ordenações médias, verificou-se um nível de informação mais elevado nos doentes que constituíam o grupo experimental, relativamente aos do grupo de controlo, pelo que se reconhece a existência de dados altamente significativos (\*\*p<0,001), relativamente à informação transmitida (Tabela 11).

**Tabela 11** – Resultados do teste U de *Mann – Whitney* para comparar a percepção dos doentes relativamente à informação/ensino ministrado

	<b>Experimental</b>	<b>Controlo</b>
	Ordenação média	Ordenação média
<b>Avaliação informação pré-operatória</b>	<b>43,21</b>	<b>23,79</b>
<b>(p)</b>	<b>0,000***</b>	

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

**Hipótese 2: O tipo de cirurgia a que a pessoa é submetida influencia os níveis de ansiedade no pós-operatório.**

Com o intuito de verificar se o tipo de cirurgia a que a pessoa é submetida influencia os níveis de ansiedade no pós-operatório, foi efetuado o Teste de *Kruskal-Wallis*, cujos resultados se constata na tabela 12. Verifica-se através das ordenações médias, um nível de ansiedade superior nos doentes submetidos a cirurgia do aparelho digestivo pertencentes ao grupo experimental e nos doentes submetidos a cirurgia torácica, pertencentes ao grupo de controlo. No entanto, pela análise dos resultados essas diferenças não são estatisticamente significativas (p>0,05).

**Tabela 12** – Resultados do teste de *Kruskal-Wallis* para verificação da hipótese 2

Grupo	Ansiedade pós-operatória	
	Experimental	Controlo
	Ordenação média	Ordenação média
<b>Tipo de cirurgia</b>		
Digestiva	19,00	16,47
Torácica	16,80	26,75
Urológica	14,00	12,42
Ginecológica	3,50	23,50
Outras cirurgias	14,17	14,88
<b>(p)</b>	0,472	0,187

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

**Hipótese 3: As experiências cirúrgicas anteriores influenciam os níveis de ansiedade no pós-operatório.**

Relativamente às experiências cirúrgicas anteriores, para validação da hipótese formulada, foi utilizado o Teste U de *Mann – Whitney*, apresentado na tabela 13. Através das ordenações médias, obtivemos níveis de ansiedade mais elevados nos doentes que já tinham sido submetidos a cirurgia, pertencentes ao grupo experimental, enquanto no grupo de controlo, foram os doentes sem experiência cirúrgica que apresentavam níveis superiores de ansiedade relativamente ao grupo experimental. No entanto, pelos resultados obtidos verifica-se que não existe diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 13** – Resultados do teste U de *Mann – Whitney* para verificação da hipótese 3

	<b>Ansiedade pós-operatória</b>	
<b>Grupo</b>	<b>Experimental</b>	<b>Controlo</b>
	Ordenação média	Ordenação média
<b>Experiência cirúrgica anterior</b>		
Sim	17,30	16,24
Não	15,67	20,42
<b>(p)</b>	0,733	0,348

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

**Hipótese 4: Existe relação entre a idade, sexo e estado civil e o nível de ansiedade pós-operatória da pessoa submetida a cirurgia.**

Para verificar a influência da idade nos níveis de ansiedade pós-operatória, foi efetuado o Teste de *Kruskal-Wallis*, pudemos verificar, através das ordenações médias, que o nível de ansiedade é mais elevado nos doentes com 61-70 anos, pertencentes ao grupo experimental. Relativamente ao grupo de controlo, verificou-se um maior nível de ansiedade nos doentes que apresentavam idade inferior a 60 anos. Pela análise dos resultados, essa diferença não é estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

No que diz respeito ao sexo, foi utilizado o Teste U de *Mann-Whitney*, salientando-se através das ordenações médias, um nível de ansiedade superior nos homens que constituíram o grupo experimental e valores equitativos no grupo de controlo.

A análise dos resultados, permite reconhecer que a diferença não é estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

A fim de identificar a influência do estado civil na ansiedade pós-operatória, foi efetuado o teste de *Kruskal-Wallis*. Os resultados evidenciam, através das ordenações médias, um nível de ansiedade superior nos doentes divorciados e viúvos pertencentes ao grupo experimental e nos doentes solteiros pertencentes ao grupo de controlo.

Os resultados estatisticamente significativos no que diz respeito ao estado civil versus ansiedade pós-operatória são evidentes apenas no grupo experimental ( $p = 0,030$ ).

**Tabela 14** – Resultados do teste U de *Mann – Whitney* e *Kruskal-Wallis* para verificação da influência do sexo, idade e estado civil nos níveis de ansiedade pós-operatória

	Ansiedade pós-operatória		
Grupo	Experimental	Controlo	Teste
	Ordenação média	Ordenação média	
<b>Idade</b>			<i>Kruskal-Wallis</i>
≤ 60 anos	16,30	18,45	
61-70 anos	17,73	17,61	
> 70 anos	16,60	15,35	
<b>(p)</b>	0,938	0,715	
<b>Sexo</b>			<i>U de Mann – Whitney</i>
Masculino	17,44	17,00	
Feminino	16,53	17,00	
<b>(p)</b>	0,790	1,000	
<b>Estado civil</b>			<i>Kruskal-Wallis</i>
Solteiro/a	16,13	24,50	
Casado/a/União de facto	13,83	17,18	
Divorciado/a	25,75	16,00	
Viúvo/a	25,75	14,00	
<b>(p)</b>	0,030*	0,626	

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

## **6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A discussão dos resultados surge como uma etapa essencial num trabalho de investigação. Nesta fase, pretendemos interpretar e analisar os resultados obtidos, dando resposta à questão de investigação e objetivos definidos, confrontando com a evidência científica pré-existente sobre o tema em estudo.

Os resultados obtidos permitiram traçar um perfil sociodemográfico dos doentes internados num serviço de especialidades cirúrgicas pertencente a um hospital de oncologia, propostos para cirurgia eletiva, nos meses de março e abril de 2022. Para tal, foi constituída uma amostra com um total de 66 doentes, 33 no grupo experimental e 33 no grupo de controlo. No que diz respeito à idade, os resultados revelam que os doentes que participaram no estudo apresentaram uma média de idades de 67,70 anos e um desvio padrão de 10,80 anos, sendo que os doentes com mais de 70 anos correspondem à faixa etária que melhor representa ambos os grupos (22,7% para o grupo experimental e 19,7% para o grupo de controlo). Verifica-se ainda que a maioria dos doentes que compõe a amostra são do sexo masculino (54,5%) e são casados ou vivem em união de facto (65,2%).

No que diz respeito ao tipo de cirurgia, a que mais predominou foi a cirurgia do aparelho digestivo para ambos os grupos, com um valor percentual total de 56,1% (28,8% pertencentes ao grupo experimental e 27,3% ao grupo de controlo). Verifica-se também que a maioria dos doentes já tinham sido submetidos a uma intervenção cirúrgica anteriormente, predominando aqueles que se sentiram devidamente informados (85,2%), com inexistência de complicações cirúrgicas (87,0%) e que consideraram que a informação que tinham recebido relativamente à cirurgia era importante (93,9%). Este último resultado é concordante com os resultados obtidos através da escala de avaliação da informação pré-operatória aplicada. Nesta, os doentes pertencentes ao grupo experimental (37,88 pontos) demonstraram estar mais informados do que os do grupo de controlo (30,73 pontos). Em termos globais, obteve-se um score médio de 34,30 pontos com um desvio padrão de 7,71 pontos.

Podemos considerar que a informação transmitida ao doente cirúrgico, por meio do ensino, é um elemento crucial na preparação para a cirurgia, sendo fundamental que o doente receba informação relevante e orientações no pré-operatório.

A adesão do doente é um indicador importante da qualidade em saúde e é um fator determinante da intenção e perspetivas do mesmo (Trinh, Fortier & Kain, 2019), essencial para avaliação da qualidade dos cuidados prestados. Este indicador fornece ainda dados cruciais para os gestores de saúde no que diz respeito à avaliação das expectativas dos doentes sobre os cuidados de saúde prestados, com vista à melhoria da qualidade destes, identificação de áreas em falha, planeamento e progressão contínua (Meng et al., 2018).

No que concerne ao tipo de intervenção cirúrgica, a que mais predominou foi a cirurgia do aparelho digestivo, em ambos os grupos, com um valor percentual de 56,1%, dos quais (28,8% do grupo experimental e 27,3% do grupo de controlo). Verificou-se ainda, que o nível da ansiedade pré-operatória foi de 44,42 pontos nos doentes do grupo de controlo e 47,39 pontos nos do grupo experimental. Relativamente à ansiedade pós-operatória, o resultado foi semelhante, apurando-se uma média de 43,33 pontos no grupo de controlo e 47,36 pontos no grupo experimental.

Foram identificados noutros estudos valores de ansiedade semelhantes, utilizando o mesmo instrumento de medida. No estudo de Gürler, Yılmaz e Türk (2022), com uma amostra constituída por 507 doentes que foram submetidos a cirurgia eletiva, a maioria (70,8%) apresentou medo associado à cirurgia e à anestesia e quase metade deles tinha um nível moderado de ansiedade pré-operatória, com uma percentagem de 46,4% nos doentes que compunham a amostra. Também Gonçalves et al., (2017) verificou a presença de níveis médios de ansiedade no pré-operatório.

Importa referir que em ambos os grupos deste estudo foi observada uma diminuição nos níveis de ansiedade do período pré para o pós-operatório. Num estudo realizado por Kumar, Dubey e Ranjan (2019), foi registada uma pontuação total de ansiedade significativamente diferente ao longo de todo o processo cirúrgico, o que de acordo com os autores, pode estar associado ao ensino recebido no pré-operatório. Os mesmos autores consideram que níveis elevados de ansiedade poderão estar relacionados com uma alteração na resposta neuroendócrina, que por sua vez poderá ter influência no período pós-operatório, essencialmente ao nível do controlo da dor e náuseas e derivar em recuperações demoradas e altas tardias.

No que se refere aos resultados obtidos nos testes das hipóteses, na primeira onde se pretendeu verificar se a ansiedade da pessoa submetida a cirurgia era diferente consoante foi ou não submetida a um programa de ensino pré-operatório de enfermagem, foi registado um nível de ansiedade quer pré, quer pós-operatória, mais elevado nos doentes pertencentes ao grupo experimental (grupo que recebeu o ensino),

com evidência de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,002$ ) na ansiedade pós-operatória, pelo que pudemos inferir que a ansiedade da pessoa submetida a cirurgia é diferente consoante é submetida a um programa de ensino de enfermagem no pré-operatório, embora não com o resultado que era esperado no início desta investigação. Porém, os resultados obtidos não são consistentes com outros resultados científicos, segundo os quais, os doentes que recebem ensino de enfermagem antes de uma intervenção cirúrgica, revelam níveis de ansiedade inferiores, comparativamente aos que não recebem esse ensino (Cetkin & Tuna, 2019; Chang et al., 2020; Reaza-Alarcón & Rodríguez-Martín, 2019).

Os resultados obtidos neste estudo poderão ser justificados com o facto de que informações excessivamente detalhadas podem produzir o efeito contrário ao desejado, ou seja, aumentar a ansiedade, tal como referem Hinkle e Cheever (2020). Estes resultados podem ainda estar relacionados com o facto de a colheita de dados ter sido realizada num hospital direcionado ao tratamento a doentes do foro oncológico. Embora este critério não fosse abordado na caracterização da amostra, não poderá ser desprezado por poder constituir um fator influenciador, isto porque as expectativas e a gestão da ansiedade nestes doentes poderão ser diferentes dos restantes. Primeiro, pela ameaça à integridade física e emocional, e depois pela atribuição do significado da cirurgia nestes doentes, visto que muitos deles são acometidos com uma perspetiva de cura.

Cabe ao enfermeiro ser sensível a essa questão, realizando uma avaliação adequada do doente, garantindo informações que vão ao encontro das suas necessidades. Kalogianni et al., (2016) acreditam que o ensino de enfermagem, quando voltado para as necessidades efetivas, individuais de cada doente, juntamente com a abertura para este expressar as suas preocupações, dúvidas e anseios, pode mobilizar mecanismos para redução da ansiedade, possibilitando ao doente a sensação de controlo sobre o seu processo de tratamento. Contudo, é necessário o conhecimento sobre as reais preocupações que afetam diretamente os doentes, para que o ensino ministrado no pré-operatório possa ser validado e, conseqüentemente, se tornar efetivo e resolutivo (Monteiro, 2020). Ainda neste âmbito, as evidências encontradas por Klaiber et al. (2018), num estudo em que avaliaram o impacto de um programa de educação pré-operatória com a finalidade de reduzir as complicações pós-operatórias em cirurgia abdominal *major*, são congruentes com as encontradas no presente estudo, pois os autores verificaram também que não houve um impacto significativo do ensino pré-operatório em comparação com o atendimento padrão, quer a nível de complicações cirúrgicas, quer a nível da ansiedade. No entanto, mediante a avaliação da satisfação,

os doentes consideraram relevante a implementação do programa de ensino, essencialmente no que diz respeito à recuperação no pós-operatório.

Ponderando o resultado referente à ansiedade pós-operatória e qualidade de vida, um estudo conduzido por Chang et al. (2020) demonstrou que um plano de ensino aplicado no pré-operatório e no pós-operatório está associado a uma redução significativa dos sintomas de ansiedade e depressão, melhoria da qualidade de vida no pós-operatório e diminuição da dor. No entanto, os mesmos autores consideram que devem ser efetuados mais estudos na área, com o intuito de sustentar os ganhos obtidos. Por seu turno, Reaza-Alarcón e Rodríguez-Martín (2019), ao realizarem uma revisão relativamente à eficácia do ensino pré-operatório na redução da dor vivenciada no pós-operatório, constataram que o plano de informação tem influência significativa na redução do nível de ansiedade e capacitação da pessoa para a realização das atividades de vida diária. Também Cetkin e Tuna (2019), corroboram da mesma opinião, comprovando uma redução estatística ao nível da ansiedade-estado no período pós-operatório, nos doentes que tinham sido alvo de um plano de ensino através de um panfleto educativo. Os mesmos autores verificaram ainda valores estatisticamente inferiores a nível da intensidade e duração da dor pós-operatória. Por sua vez, Kalogianni et al. (2016) defendem que o ensino de enfermagem no período pré-operatório é capaz de diminuir, para além da emoção/ansiedade, complicações pós-operatórias e a taxa de infeção. Os mesmos autores referem, no entanto, que esse impacto não foi verificado no tempo de internamento e redução de taxa de reinternamentos.

A intenção de efetuar uma avaliação da informação ministrada no pré-operatório, surgiu com o intuito de poder complementar os resultados obtidos através da aplicação da escala de ansiedade e compreender efetivamente a importância do ensino de enfermagem neste processo. Baseando-nos nos resultados obtidos, os doentes do grupo experimental sentiram-se mais bem informados em relação às informações transmitidas pelos enfermeiros, sendo apuradas diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ). Também Gonçalves et al. (2017) e Breda (2019), nos seus estudos obtiveram resultados semelhantes, o que nos leva a atribuir um elevado grau de importância ao ensino ministrado, na promoção de bem-estar e perceção relativamente aos cuidados de saúde prestados e necessidades informativas.

Quanto à segunda e terceira hipóteses em estudo, com as quais pretendíamos verificar se o tipo de cirurgia a que a pessoa foi submetida e as experiências cirúrgicas anteriores influenciavam os níveis de ansiedade no pós-operatório, as ordenações médias indicam

um nível de ansiedade mais elevado nos doentes submetidos a cirurgia do aparelho digestivo, pertencentes ao grupo experimental e nos de cirurgia torácica pertencentes ao grupo de controlo. Constatou-se também um nível de ansiedade mais elevado nos doentes com experiências cirúrgicas anteriores no grupo experimental e nos que não vivenciaram anteriormente uma experiência cirúrgica no grupo de controlo.

Em relação à existência de complicações cirúrgicas *versus* o nível de ansiedade verificada no pós-operatório, apurou-se um nível de ansiedade mais elevado nos doentes sem complicações, quer no grupo experimental, quer no grupo de controlo. Não se registaram, no entanto, diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ), o que leva à rejeição da hipótese formulada. Também no estudo conduzido por Gonçalves et al. (2017), essa diferença não apresentou relevância estatística, embora os doentes que nunca tinham sido submetidos a qualquer intervenção cirúrgica se apresentassem mais ansiosos.

Níveis elevados de ansiedade no pré-operatório podem influenciar a ansiedade pós-operatória. Num estudo observacional prospetivo, realizado por Kassahun et al. (2022) foi registado uma pontuação média de ansiedade de  $50,48 \pm 7,77$ , em doentes com uma média de idade de  $58,5 \pm 14,12$  anos, maioritariamente do sexo masculino (53,8%). No grupo de doentes que foram submetidos a cirurgia do aparelho digestivo e cirurgia torácica os níveis de ansiedade foram de 31,4% e 45,2%, respetivamente, com diferença significativa entre os grupos. Com base na análise dos resultados para ambos os grupos, a ansiedade pré-operatória avaliada foi associada a uma maior morbilidade. A maioria dos doentes deste estudo apresentou ansiedade pré-operatória elevada. Os mesmos autores referem que grande parte dos doentes cirúrgicos revelam níveis moderados a elevados de ansiedade, independentemente da cirurgia, sendo esta uma reação natural face a situações imprevisíveis e potencialmente ameaçadoras típicas do período intraoperatório. Afirmam ainda que, a exposição a esses níveis elevados de ansiedade pode produzir um impacto negativo no decorrer do processo cirúrgico.

Num outro estudo realizado por Ali et al. (2014), ficou também demonstrado que o aumento dos níveis de ansiedade pré-operatória está associado a maior dor no pós-operatório, maior tempo de internamento e readmissão hospitalar, tendo os autores verificado níveis mais elevados de ansiedade em doentes submetidos a cirurgia cardíaca.

Relativamente à quarta hipótese de investigação, onde se pretende verificar se existe relação entre a idade, sexo e estado civil e o nível de ansiedade pós-operatória da pessoa submetida a cirurgia, verificou-se um nível de ansiedade superior nos doentes

que integravam a faixa etária dos 61 aos 70 anos pertencentes ao grupo experimental e nos que possuíam idade inferior a 60 anos no grupo de controlo. Tanto no grupo experimental como no de controlo, os doentes do sexo masculino foram os que apresentaram níveis mais elevados de ansiedade em relação ao sexo feminino, no entanto, essa diferença não se verificou com relevância estatística ( $p > 0,05$ ) para ambos os grupos. No que se refere ao estado civil, verificou-se um nível de ansiedade superior nos doentes divorciados e viúvos que pertenciam ao grupo experimental e nos solteiros do grupo de controlo. Apenas no grupo experimental os resultados foram estatisticamente significativos ( $p = 0,030$ ).

Na grande maioria dos estudos efetuados, o nível de ansiedade face ao processo cirúrgico tem predominado no sexo feminino em relação ao masculino. Gürler et al. (2022) verificaram que as mulheres submetidas a grandes cirurgias com anestesia geral e que não tinham conhecimentos/informação sobre o procedimento, foram as que revelaram níveis de ansiedade mais elevados. No mesmo estudo, independentemente do seu estado civil, quase metade dos doentes apresentaram níveis moderados a elevados de ansiedade. No mesmo sentido, também Gonçalves et al. (2017) e Kumar et. al (2019) identificaram níveis de ansiedade superiores no sexo feminino, com diferenças estatisticamente significativas. Os nossos resultados apontam em sentido contrário o que poderá dever-se ao reduzido tamanho da amostra e ao facto de todos os doentes serem do foro oncológico. Em suma, importa referir que determinar o nível de ansiedade mediante a utilização de instrumentos de avaliação válidos, consistentes e fiáveis e promover o seu alívio através de intervenções de enfermagem adequadas, tem o potencial de contribuir para um processo cirúrgico mais saudável e para diminuir a morbilidade e períodos mais longos de hospitalização pós-operatória (Abate, Chekol & Basu 2020).

Tendo por base os resultados obtidos e o atual estado da arte e embora não tenhamos verificado diminuição dos níveis de ansiedade, podemos inferir que o ensino de enfermagem ministrado no período pré-operatório assume grande importância, essencialmente pela supressão das necessidades informativas do doente, no esclarecimento das dúvidas e contribuindo para a sua adesão ao processo terapêutico. No período pré-operatório, como defendem Giro et al. (2021), “podem ocorrer sentimentos de ansiedade, angústia e medo”, uma vez que o doente, foco do cuidado de enfermagem, vai ser “submetido a um processo invasivo e, muitas vezes, desconhecido” (p.2). A hospitalização e conseqüente intervenção cirúrgica são sempre fatores que resultam em desequilíbrios emocionais e psicossociais. Como tal, é fundamental que o enfermeiro seja capaz de transmitir um conjunto de

informações/ensinos no pré-operatório ao doente, e assim capacita-lo para se sentir parte integrante do processo de tratamento, dando prioridade às suas necessidades individuais, realizando orientações de forma eficiente e holística.

Acresce ainda ter presente o processo de desenvolvimento atual da sociedade, onde se verifica uma crescente preocupação com a saúde, bem como um esforço por parte das entidades reguladoras em promover uma melhoria contínua dos cuidados oferecidos à sociedade e onde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem um papel primordial.

O aumento da literacia também é um fator preponderante. A facilidade de acesso à informação, essencialmente através dos meios de divulgação digitais faz com que uma grande maioria dos doentes já venha com alguma informação antes da realização da intervenção cirúrgica. No entanto, muita dessa informação pode ter origem em fontes não fidedignas, levando a que o doente apresente expectativas desfasadas da realidade, podendo incorrer em manifestações de ansiedade e frustração quando se depara com a realidade. Nesse caso, cabe ao profissional de saúde e particularmente ao enfermeiro especialista, detentor de formação avançada, transmitir informações e ensinos de confiança.

A melhoria do atendimento ao doente tornou-se numa prioridade para todos serviços de saúde com o objetivo ideal de atingir um grau elevado de satisfação do doente, prestar serviços de saúde de qualidade e que atendam às reais necessidades do mesmo (Sun et al., 2017; Shabbir et al., 2016). Assim, como referido por Zarei, Daneshkohan e Pouragha (2015), a qualidade dos procedimentos e a excelência da comunicação e dos cuidados prestados têm demonstrado efeito nos níveis de ansiedade e da satisfação geral do doente. Estes dados vão ao encontro do estudo realizado por Breda e Cerejo (2021), onde se constatou que a informação transmitida ao doente pode estar relacionada com o seu grau de satisfação, dando ênfase à importância do ensino ministrado no pré-operatório. Assim, a qualidade dos procedimentos e a excelência da comunicação e dos cuidados prestados têm um grande efeito nos níveis de ansiedade e de satisfação geral dos doentes (Zarei et al., 2015).

É fundamental que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao compreender esta problemática, desenvolva um conjunto de conhecimentos com base na evidência disponível, através da qual possa basear as suas intervenções e decisões, com vista a alcançar a excelência profissional. Isto porque, de acordo com alguns estudos, entre os quais se enquadram os supracitados, a redução dos níveis de ansiedade no período perioperatório pode ser alcançada mediante a implementação de

um plano de ensino pré-operatório. No entanto, tendo por base esses estudos e o desenvolvido por nós, entende-se que ainda não existe um programa eficaz validado na redução da ansiedade (Kalogianni et al., 2016), o que induz à necessidade da realização de mais estudos que possam evidenciar resultados mais consistentes.

## CONCLUSÃO

A ansiedade é definida como um estado de mal-estar emocional, angústia, apreensão ou preocupação temerosa associada a características somáticas, fisiológicas e psicológicas, capazes de causar dano na vida de uma pessoa. A cirurgia, por sua vez, é um dos procedimentos padrão que pode aumentar a ansiedade.

O doente, quando proposto para uma intervenção cirúrgica programada pode experimentar sensações de medo, ansiedade e angústia, por norma associadas ao acordar da anestesia, medo da dor no pós-operatório, medo da morte, entre outros. Como resultado, a ansiedade pré e pós-operatória deve ser considerada como um problema de saúde, em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desempenha um papel importante, pois, como preconiza o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018, este “demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” (p.19363).

A investigação realizada, teve como objetivo geral avaliar o impacto do ensino de enfermagem pré-operatório, na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia. Os resultados apurados permitem concluir que, nos doentes em estudo, internados num serviço de especialidades cirúrgicas, se registou um nível de ansiedade quer pré, quer pós-operatória, superior nos doentes do grupo experimental (grupo que recebeu ensino de enfermagem). Verificou-se ainda um nível de ansiedade mais elevado nos doentes submetidos a cirurgia do aparelho digestivo no grupo experimental e nos de cirurgia torácica no grupo de controlo, bem como um nível de ansiedade mais elevado nos doentes com experiência cirúrgica, no grupo experimental e nos que não tinham vivenciado experiência cirúrgica, no grupo de controlo. Quanto à existência de complicações *versus* o nível de ansiedade pós-operatória, o nível de ansiedade mais elevado ocorreu nos doentes sem complicações, em ambos os grupos. Todavia, com ausência de diferenças estatisticamente significativas. Apuramos ainda um nível de ansiedade mais elevado nos doentes da faixa etária dos 61-70 anos no grupo experimental e nos de idade inferior a 60 anos no grupo de controlo. Os homens de ambos os grupos manifestaram níveis mais elevados e idênticos de ansiedade. Verificou-se também um nível de ansiedade mais elevado nos doentes divorciados e

viúvos no grupo experimental e nos solteiros no grupo de controlo. Outro resultado a destacar refere-se à avaliação da informação pré-operatória, com pontuação mais elevada nos doentes do grupo experimental.

Face a estes resultados, e de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018, importa enfatizar que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem competências que permitem capacitar “a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica” (p.19366), o que implica necessariamente identificar as necessidades destas no decorrer do processo cirúrgico, elaborando um plano de intervenção em função das necessidades individuais identificadas. Este processo deve ser realizado num ambiente de empatia, que permita estabelecer uma relação de ajuda promotora de uma comunicação expressiva de emoções e recurso a estratégias promotoras de alívio da ansiedade e medo. Assume-se fundamental que o enfermeiro direcione a sua intervenção de forma a garantir que a pessoa que vai ser submetida a cirurgia compreenda toda a informação, não só para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão, mas também para que tenha um conhecimento efetivo de todo o processo pré e pós-operatório, desenvolvendo um plano de ensino que seja capaz de promover a capacitação, autogestão e recuperação da pessoa e família (OE, 2018).

Importa ainda enfatizar que o ensino, por parte do enfermeiro, corresponde a uma dimensão essencial e autónoma da sua prática clínica e é, por vezes, subvalorizado. Por sua vez, o acesso à informação, por parte do doente, é cada vez mais uma necessidade e uma realidade, contribuindo para que este consiga gerir o seu processo de saúde-doença, possibilitando respostas assertivas às situações, colaboração na tomada de decisão, visão de todo o seu processo cirúrgico e, conseqüentemente, menores manifestações de ansiedade e melhor recuperação.

No que diz respeito a esta investigação, embora se tivesse observado um ligeiro aumento da ansiedade com a implementação do programa de ensino pré-operatório, a avaliação da informação relativamente ao ensino ministrado apresentou valores substancialmente maiores, levando-nos a considerar que os resultados, com uma amostra mais significativa pudesse vir a ter resultados mais expressivos. Ainda assim, os resultados obtidos através da implementação da escala de avaliação da informação pré-operatória, permite-nos valorizar o ensino de enfermagem, essencialmente na vertente da resposta às necessidades informativas do doente.

Ao longo do desenvolvimento desta investigação, deparamo-nos com algumas limitações, que levaram à necessidade da criação de estratégias para conseguirmos

realizar o trabalho. Primeiramente, a escassez na divulgação de estudos relativamente a esta temática, essencialmente no que diz respeito ao impacto do ensino de enfermagem relativamente ao pós-operatório e o facto do processo de pesquisa nos remeter maioritariamente para a visita pré-operatória, limitou a sua contextualização, exigindo especial atenção para que o objetivo fosse adequadamente compreendido e contextualizado. Também o tempo disponível para o processo de colheita de dados, influenciado pela demora em obter as autorizações necessárias, a data estabelecida para entrega da dissertação e por alguns aspetos externos à realização da investigação, pessoais e profissionais, influenciaram o tamanho da amostra. No entanto, o facto da investigadora exercer atividade profissional na unidade onde foi efetuada a colheita de dados, permitiu uma boa adesão e compreensão da equipa de enfermagem na colaboração/realização da colheita de dados/ensinos de forma dedicada e rigorosa, tendo em conta os parâmetros definidos. Outra limitação que deriva do facto de não conseguirmos uma amostra mais significativa, prende-se com a circunstância de não pudermos extrapolar os resultados a outra população com as mesmas características, no entanto, na realização deste estudo constituiu um elemento facilitador de acesso à população pretendida no tempo disponível para o efeito. Ainda assim, o estudo de investigação permitiu o desenvolvimento do conhecimento e ganho de competências na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo que consideramos que os objetivos inicialmente delineados para a realização desta investigação foram alcançados.

Mediante os resultados obtidos e na perspetiva de futuros investimentos em investigação científica no âmbito da redução de ansiedade, manutenção do bem-estar e melhor prestação de cuidados ao doente cirúrgico, apontamos algumas sugestões que possam vir a contribuir para uma melhor resposta à problemática. Primeiramente, na expectativa de verificar efetivamente se o ensino de enfermagem poderá ou não ter influência significativa na ansiedade do doente cirúrgico, sugerimos a replicação do estudo com uma amostra mais significativa, alargada a outros hospitais que não se dediquem ao tratamento exclusivo de doentes do foro oncológico e verificação de novas variáveis, de forma a compreender melhor o fenómeno em estudo. Seria também importante o envolvimento de Enfermagem em Saúde Mental para um estudo do perfil de ansiedade de cada doente, permitindo posteriormente que o ensino fosse o mais direcionado possível e pudesse responder às reais necessidades de cada pessoa. Ademais, juntamente com o ensino presencial e transmissão de informação verbal, sugerimos a associação de outras formas de transmissão, seja por panfletos, meios audiovisuais, entre outros. Tendo em conta os resultados obtidos com a implementação da “Escala de Avaliação de Informação Pré-operatória”, sugerimos ainda a realização

de estudos de investigação direcionados para a satisfação do doente cirúrgico relativamente ao ensino pré-operatório e ao acolhimento.

Relativamente às instituições hospitalares e de forma a que o procedimento seja efetuado corretamente, seria importante garantir uma dotação adequada das equipas, de forma a que o enfermeiro disponha do tempo necessário que lhe permita realizar uma correta avaliação do doente e consiga providenciar um ensino que responda às suas reais necessidades. Na perspetiva da aquisição de resultados, mediante a realização de novos estudos que venham a responder favoravelmente à problemática, seria também importante a criação de protocolos nos serviços de forma a incentivar o enfermeiro a realizar o procedimento corretamente e, conseqüentemente, promover a melhoria contínua na prática de cuidados.

Concluindo, consideramos que este estudo constituiu uma mais valia para a valorização da investigação científica em enfermagem, fomentando o conhecimento e enaltecendo as competências enquanto profissão autónoma. A busca contínua de conhecimento e a implementação de intervenções que permitam o melhor cuidado ao doente, em toda a sua dimensão, sempre com base na prática baseada na evidência, vão ao encontro da procura contínua da excelência da profissão e, conseqüentemente, da prestação de melhores cuidados de saúde. Para a prática, espera-se que esta investigação, após a sua divulgação a nível institucional e aos restantes profissionais de enfermagem, contribua para a análise crítica da prática de enfermagem, sensibilize o enfermeiro para a avaliação holística do doente cirúrgico, valorizando as suas intervenções autónomas e funcione como alavanca para realização de estudos futuros.

## BIBLIOGRAFIA

- Abate, S. M., Chekol, Y. A., & Basu, B. (2020). Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open*, 25, 6–16. doi:10.1016/j.ijso.2020.05.010.
- Agozzino, E., Borrelli, S., Cancellieri, M., Carfora, F. M., Di Lorenzo, T., & Attena, F. (2019). Does written informed consent adequately inform surgical patients? A cross sectional study. *BMC medical ethics*, 20(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0340-z>.
- Ali, A., Altun, D., Oguz, B. H., Ilhan, M., Demircan, F., & Koltka, K. (2014). The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Anesthesia*, 28(2), 222–227. doi:10.1007/s00540-013-1712-7.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM5*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- APA (2021). *Anxiety*. Obtido de American Psychological Association: <https://www.apa.org/topics/anxiety>.
- Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & von Vogelsang, A. C. (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing contexto from the patient's perspective - an integrative review. *Journal of clinical nursing*, 26(17-18), 2527–2544. <https://doi.org/10.1111/jocn.13639>.
- Aust, H., Eberhart, L., Sturm, T., Schuster, M., Nestoriuc, Y., Brehm, F., & Rüsçh, D. (2018). A cross-sectional study on preoperative anxiety in adults. *J Psychosom Res.*; 111, 133-139. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.05.012.
- Breda, L. (2019). *Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Breda, L., & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20088. <https://doi.org/10.12707/RV20088>.

- Cetkin, H., & Tuna, A. (2019). How Does Health Education Given to Lung Cancer Patients Before Thoracotomy Affect Pain, Anxiety, and Respiratory Functions?. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, 34(5), 966–972. <https://doi.org/10.1007/s13187-00018-1401-1>.
- Chang, Z., Guo, A. Q., Zhou, A. X., Sun, T. W., Ma, L. L., Gardiner, F. W., & Wang, L. X. (2020). Nurse-led psychological intervention reduces anxiety symptoms and improves quality of life following percutaneous coronary intervention for stable coronary artery disease. *The Australian journal of rural health*, 28(2), 124–131. <https://doi.org/10.1111/ajr.12587>.
- Chinn P. L. (2012). From the editor: transitions: a core nursing concept. *Advances in nursing science*, 35(3), 191. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31826282a3>.
- Christóforo, B.; Carvalho, D. (2009). Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 43 (1), 14-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/02.pdf>.
- Coombs, A. (2020). Cirurgia. Obtido de Manual MSD. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/assuntos-especiais/cirurgia/cirurgia>.
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação Em Ciências Sociais e Humanas*. (2ªed.) Coimbra, Portugal: Edições Almedina, S.A.
- Decreto-Lei n.º 48/1990 de 24 de agosto. Lei das bases da Saúde. Diário da República n.º 195/1990 - Série I. Revogado. Versão à data de junho de 2022. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Código Deontológico do Enfermeiro. Diário da República nº181/2015 - Série I. Lisboa, Portugal.
- Estrela, I. (2012). *Vivenciar a Cirurgia “Uma Transição”: Da informação prestada às necessidades relatadas* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24083&coe=331>.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

- Giro, L., Camelo, T., Veloso, A., Machado, J.L.A., & Silva, N. (2021). Orientações gerais de enfermagem no pré-operatório imediato: Uma proposta de cartilha educativa para estudantes. *Research, Society and Development*; 10. e4110413721. 10.33448/rsd-v10i4.13721.
- Gomes, N. (2009). *O Doente Cirúrgico no Período Pré-operatório: Da Informação Recebida às Necessidades Expressas* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.
- Gonçalves, M., Cerejo, N., & Martins, J. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 17-26. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV17023>.
- Gonçalves, M., & Cerejo, M. (2020). Construção e validação de uma Escala de Avaliação de Informação Pré-Operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20067. doi:10.12707/RV20067.
- Gonçalves, T., & Medeiros, V. (2016). A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Revista SOBECC*, 21(1), 22–27. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600010004>.
- Gürler, H., Yılmaz, M., & Türk, E. (2022). Preoperative Anxiety Levels in Surgical Patients: A Comparison of Three Different Scale Scores. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*; 37(1), 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.05.013>.
- Hinkle, J., & Cheever, K. (2020). BRUNNER & SUDDARTH - TRATADO DE ENFERMAGEM MEDICO-CIRURGICA: 2 VOLUMES - 14ªED. Brasil: Guanabara Koogan.
- Instituto Nacional de Estatística (2022). Estatísticas da Saúde. Lisboa: INE, 2022. Recuperado de: [url:https://www.ine.pt/xurl/pub/436989156](https://www.ine.pt/xurl/pub/436989156).
- Kalogianni, A., Almpani, P., Vastardis, L., Baltopoulos, G., Charitos, C., & Brokalaki, H. (2016). Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery?. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 15(6), 447–458. <https://doi.org/10.1177/1474515115602678>.

- Kassahun, W. T., Mehdorn, M., Wagner, T. C., Babel, J., Danker, H., & Gockel, I. (2022). The effect of preoperative patient-reported anxiety on morbidity and mortality outcomes in patients undergoing major general surgery. *Scientific reports*, 12(1), 6312. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10302-z>
- King, J., Chamberland, P., Rawji, A., Ager, A., Léger, R., Michaels, R., Poitras, R., Skelton, D., & Warren, M. (2014). Patient educational needs of patients undergoing surgery for lung cancer. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, 29(4), 802–807. <https://doi.org/10.1007/s13187-014-0658-2>
- Klaiber, U., Stephan-Paulsen, L. M., Bruckner, T., Müller, G., Auer, S., Farrenkopf, I., Fink, C., Dörr-Harim, C., Diener, M. K., Büchler, M. W., & Knebel, P. (2018). Impact of preoperative patient education on the prevention of postoperative complications after major visceral surgery: the cluster randomized controlled PEDUCAT trial. *Trials*, 19(1), 288. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2676-6>.
- Kruzik, N. (2009). Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients. *AORN Journal*, 90, 381-387. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.06.022>.
- Kumar, A., Dubey, P. K., & Ranjan, A. (2019). Assessment of Anxiety in Surgical Patients: An Observational Study. *Anesthesia, essays and researches*, 13(3), 503–508. [https://doi.org/10.4103/aer.AER\\_59\\_19](https://doi.org/10.4103/aer.AER_59_19).
- Landeiro, E. (2011). Viagem pelo mundo da ansiedade, *burnout* e perturbação depressiva. O portal dos psicólogos. Recuperado de psicologia.pt.
- Lindmark, U, Bülow, P, Mårtensson, J, & Rönning, H (2019). The use of the concept of transition in different disciplines within health and social welfare: An integrative literature review. *Nursing Open*. 6, 664– 675. <https://doi.org/10.1002/nop2.249>.
- Medina-Garzón M. (2019). Effectiveness of a Nursing Intervention to Diminish Preoperative Anxiety in Patients Programmed for Knee Replacement Surgery: Preventive Controlled and Randomized Clinical Trial. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 37(2), e07. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e07>.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. (2010) *Transitions Theory - Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

- Meng, R., Li, J., Zhang, Y., Yu, Y., Luo, Y., Liu, X. et al. (2018). Evaluation of patient and medical staff satisfaction regarding healthcare Services in Wuhan Public Hospitals. *Int J Environ Res Public Health*, 15(4), 769.
- Monteiro D. (2020). Consulta de enfermagem pré-operatória e saúde mental: relato do paciente. *Research Society and Development*, 9(10): e6539109048. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9048>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, 19359–19370.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, 4744–4750.
- Organização Mundial de Saúde (2009). Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009 - Cirurgia Segura Salva Vidas. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_por.pdf;sequence=8](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8).
- Perrando, M., Beuter, M., Brondani, C., Santos, T., Predebon, R. (2011). O Preparo Pré Operatório na Ótica do Paciente Cirúrgico. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*. 1(1), 61- 70. Doi: <https://doi.org/10.5902/217976922004>.
- Pestana, M., Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS*. (6ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petronilho, F. (2007) *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/32305>.
- Pettersson M, Öhlén J, Friberg F, Hydén L, Carlsson E. (2017) Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scandinavian journal of caring sciences*. 31(4); 674- 686. Doi: 10.1111/scs.12378.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem (7ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed editora.

- Reaza-Alarcón, A., & Rodríguez-Martín, B. (2019). Effectiveness of nursing educational interventions in managing post-surgical pain. Systematic review. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 37(2), e10. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e10>.
- Robleda, G., Sillero-Sillero, A., Puig, T., Gich, I., & Baños, J. E. (2014). Influence of preoperative emotional state on postoperative pain following orthopedic and trauma surgery. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(5), 785–791. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0118.2481>.
- Rocha, D. & Ivo, O. (2015). Assistência de enfermagem no pré-operatório e a sua influência no pós-operatório. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(2) 170-178. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i2.631>.
- Ruiz-Hernández, C., Gómez-Urquiza, J. L., Pradas-Hernández, L., Vargas Roman, K., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 77(8), 3274–3285. <https://doi.org/10.1111/jan.14827>.
- Santos, J., Henckmeier, L., & Benedet, S. A. (2011). O impacto da orientação préoperatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enfermagem Em Foco*, 2(3), 184–187. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2011.v2.n3.131>.
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2016). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contribuições das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium - Jornal de Educação, Tecnologias e Saúde*, 49,153–171. Recuperado de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>.
- Santos, M., Martins, J., & Oliveira, L. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 7-15. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1393>.
- Serra, V. (1980). O que é a ansiedade? *Psiquiatria Clínica*, 1 (2), 93-104.
- Shabbir, A., Malik, S.A., & Malik, S.A. (2016). Measuring patients' healthcare service quality perceptions, satisfaction, and loyalty in public and private sector hospitals in Pakistan. *Int. J. Qual. Reliab. Manag.*; 33, 538–557.
- Sigdel S (2015). Ansiedade perioperatória: Uma breve revisão. *Glob Anaesth Perioper Med*, 1. doi: 10.15761/GAPM.1000126.

- Spielberger, C. (1972). Theory and research on anxiety. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior* (pp. 3–19). New York: Academic Press. Recuperado de URL:<http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED113649.pdf>.
- Stamenkovic, D. M., Rancic, N. K., Latas, M. B., Neskovic, V., Rondovic, G. M., Wu, J. D., & Cattano, D. (2018). Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: What can we do to change our history. *Minerva Anestesiologica*, 84(11), 1307–1317. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.18.12520-X>.
- Streubert, H.; Carpenter, D. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Sun, J., Hu, G., Ma, J., Chen, Y., Wu, L., Liu, Q., Hu, J., Livoti, C., Jiang, Y., & Liu, Y. (2017). Consumer satisfaction with tertiary healthcare in China: Findings from the 2015 China National Patient Survey. *Int. J. Qual. Health Care*, 29, 213–221.
- Trinh, L., Fortier, M., & Kain, Z. (2019). Primer on adult patient satisfaction in perioperative settings. *Perioperative medicine (London, England)*, 8, 11. <https://doi.org/10.1186/s13741-019-0122-2>.
- Wilson, C. J., Mitchelson, A. J., Tzeng, T. H., El-Othmani, M. M., Saleh, J., Vasdev, S., LaMontagne, H. J., & Saleh, K. J. (2016). Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *American journal of surgery*, 212(1), 151–159. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.03.023>
- World Medical Association* (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. doi:10.1001/jama.2013.281053.
- Zarei, E., Daneshkohan, A., & Pouragha, B. (2015). An empirical study of the impact of service quality on patient satisfaction in private hospitals, Iran. *Glob J Health Sci*, 7(1), 1–9.



---

# **ANEXOS**

---



## **ANEXO I**

---

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO  
“INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO-TRAÇO  
(STAI – FORMA Y)”



← Responder   << Responder a todos   → Reencaminhar   📁 Arquivar   ⋮

## Re: Pedido de autorização



fernanda-daniel <fernanda-daniel@ismt.pt>

21:25



Para: Daniela Fernandes

[Guardar todos os anexos](#)



Stai-Y.docx  
19,11 KB



Stai-Y.pdf  
117,88 KB

Boa noite Enfermeira Daniela Fernandes,  
Em resposta ao pedido formalizado autorizo que seja utilizada a versão experimental do Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI — forma Y) no âmbito da investigação que pretende realizar.  
Cópia da versão do inventário é enviada em anexo.  
Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.  
Com os meus melhores cumprimentos,  
Fernanda Daniel  
Professora Auxiliar do Instituto Superior Miguel Torga  
Investigadora do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da  
Universidade de Coimbra  
[https://www.researchgate.net/profile/Fernanda\\_Daniel](https://www.researchgate.net/profile/Fernanda_Daniel) |  
<https://coimbra.academia.edu/FernandaDaniel> |  
<https://orcid.org/0000-0002-2202-1123> |  
<https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=56501553100>



**ANEXO II**

---

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA “ESCALA  
DE INFORMAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA”



Autorização enviada por correio electrónico

Coimbra, 25 de novembro de 2021

Exma. Senhora Enfermeira Daniela Fernandes,

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão da Escala de Informação Pré-Operatória no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

Cópia da versão da escala é enviada em anexo.

Com os meus melhores cumprimentos.



(Marco Gonçalves)

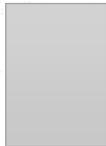


**ANEXO III**

---

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO  
PELA COMISSÃO DE ÉTICA





Parecer Final da Comissão de Ética

Trabalho de Investigação nº: TI 39/2021

Data: 10/11/2021

Apreciado na reunião da Comissão de Ética de 18/11/2021, o projeto "Ensino de Enfermagem Pré-operatório: impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia" foi aprovado por unanimidade dos/as presentes.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PEL'A COMISSÃO DE ÉTICA

*António F. Fregues Jorge*

(\*) Indicar o resultado da votação de **aprovação** ou **rejeição** e se por unanimidade ou maioria, assinalando e juntando as declarações de voto que houver.





**ANEXO IV**

---

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO  
PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



## RE: Pedido de autorização para realização de Projeto de Investigação

**De:** Secretariado do Conselho de Administração do [REDACTED] >

**Enviado:** 14 de março de 2022 09:32

**Para:** DANIELA SOFIA CARVALHO FERNANDES <3837@ipocoimbra.min-saude.pt>

**Cc:** [REDACTED]

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de Projeto de Investigação

Exma. Senhora  
Enf.<sup>a</sup> Daniela Fernandes  
Serviço de Especialidades Cirúrgicas I

Em resposta ao V. pedido de autorização para realização do Projeto de Investigação intitulado: "Ensino de Enfermagem Pré-Operatório: impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia", incumbe-me o Conselho de Administração do [REDACTED] de informar que o mesmo foi aprovado.

Mais se informa que, qualquer publicação ou divulgação deverá fazer referência à colaboração [REDACTED].

Após a sua conclusão, os resultados do estudo deverão ser comunicados ao Gabinete Coordenador da Investigação.

Com os melhores cumprimentos,

Irene Cardoso  
Assistente Técnica /Secretariado do Conselho de Administração

[REDACTED]

[REDACTED]



---

# APÊNDICES

---



## **APÊNDICE I**

---

### **INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**



## Questionário

---

Senhor(a) utente,

Este questionário enquadra-se num estudo, no âmbito de um Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Assim, solicito a sua colaboração ao responder às questões apresentadas em seguida, de forma mais espontânea e sincera possível. As questões são simples e deverá colocar uma cruz na resposta que lhe parecer mais adequada. Não existem respostas certas ou erradas.

O questionário está dividido em duas partes, devidamente identificadas. A primeira parte deverá ser respondida agora e a segunda parte 48 horas após a realização da sua intervenção cirúrgica.

Os resultados serão utilizados exclusivamente para a realização do curso de mestrado e tendo em conta que são anónimos e confidenciais, não deverá colocar o seu nome ou qualquer dado que o possa identificar em nenhuma das folhas deste questionário.

Tem direito a recusar preencher o questionário ou a desistir em qualquer momento.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada

A enfermeira

---

(Daniela Sofia Carvalho Fernandes)



## **PARTE 1**

Responder no momento em que é fornecido o questionário,  
no momento da admissão.



## Questionário de colheita de dados

Das questões que se seguem, assinale com um **X** ou complete de acordo com o que melhor se adequa à sua situação.

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Sexo:  Masculino  Feminino

3. Estado civil:  Solteiro/a

- Casado(a)/união de facto

- Divorciado/a

Viúvo/a

4. Já alguma vez foi operado?  Sim  Não

4.1. Se respondeu sim à questão anterior, considera que se sentiu devidamente informado sobre todo o tratamento e como se iria sentir?

Sim  Não

4.2. Houve alguma complicação na cirurgia e/ou no período de recuperação?  Sim  Não

5. Qual a operação a que vai ser submetido/a? \_\_\_\_\_

# I - IDATE Y-1: INVENTÁRIO DA ANSIEDADE-ESTADO DE SPIELBERGER

**INSTRUÇÕES:** Encontram-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale o círculo apropriado à direita indicando como se sente **agora, isto é, neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor a maneira como atualmente se sente.

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

(Tradução e adaptação Daniel e Ponciano)

Muito obrigada pela sua colaboração.

Confirme por favor se respondeu a todas as questões



## **PARTE 2**

Responder 48 após a intervenção cirúrgica

## II - IDATE Y-1: INVENTÁRIO DA ANSIEDADE-ESTADO DE SPIELBERGER

INSTRUÇÕES: Encontram-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale o círculo apropriado à direita indicando como se sente **agora, isto é, neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor a maneira como atualmente se sente.

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

(Tradução e adaptação Daniel e Ponciano)

## ESCALA DE AVALIAÇÃO DO ENSINO PRÉ-OPERATÓRIO

### INSTRUÇÕES:

As afirmações que se seguem estão relacionadas com a **informação prestada pelo enfermeiro, antes da cirurgia**. Não há respostas certas ou erradas. Dê a resposta que lhe parece mais adequada, assinalando com um (X), o nível de informação que teve.

	Nada informado	Pouco informado	Informado o suficiente	Informado demais
1. Acerca do que me fizeram antes da operação (Exemplo: rapar pelos, duche, medicação, alimentação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Da necessidade de fazer alguns exames antes da operação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Da hora da operação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sobre como era a anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sobre os vários locais onde ia passar no dia da operação e após	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sobre o tipo de material que teria depois da operação (Por exemplo: Soros, drenos, pensos, sondas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sobre quando poderia ter visitas depois da operação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sobre o que fazer quando tivesse dores depois da operação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sobre quando me poderia levantar depois da operação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sobre como deveria fazer para tossir depois da operação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. O modo como me poderia movimentar na cama depois da operação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sobre quando é que o meu intestino iria começar a funcionar depois da operação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sobre quando poderia comer e beber depois da operação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sobre quanto tempo poderia ficar internado no hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Acerca dos cuidados a ter depois da alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Adaptado de Gonçalves & Cerejo, 2020)

Que importância atribui às informações que lhe foram dadas antes da cirurgia?

Importante     Indiferente     Pouco importante     Nada importante

Muito obrigada pela sua colaboração.

Confirme por favor se respondeu a todas as questões



**APÊNDICE II**  

---

**CONSENTIMENTO INFORMADO**



## **CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

### **de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo não está correto ou claro, solicite mais informações. Se concorda, queira assinar este documento.*

Eu, Daniela Sofia Carvalho Fernandes, a frequentar o XI curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, estou a realizar um estudo intitulado de **“Ensino de Enfermagem Pré-operatório: impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia”**, que tem como principal objetivo identificar a influência do ensino de enfermagem pré-operatório na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia, no pós-operatório.

Como tal, solicito a sua colaboração, através da resposta a dois questionários, um antes e outro 2 dias após a intervenção cirúrgica, que permitirá obter dados significativos para a investigação.

A sua participação é de carácter voluntário, estando salvaguardado o direito de, a qualquer momento, recusar em participar ou desistir da colaboração, sem que daí advenha qualquer tipo de prejuízo para a sua parte. Não terá qualquer custo ou inconveniente para além do tempo que irá dedicar a esta investigação.

Informo ainda que o presente estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da instituição em que o estudo está a ser desenvolvido.

No tratamento dos dados e publicação dos resultados, a sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo, sendo, para isso, omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a), assegurando o seu anonimato e confidencialidade. A informação recolhida é para uso exclusivo deste estudo, e será fornecida apenas às pessoas que nele estão diretamente implicadas.

Embora não tenha benefícios diretos em participar, estará a contribuir para a compreensão do tema em estudo, e para a produção de conhecimento científico.

Qualquer dúvida ou esclarecimento que considere necessários relativamente à investigação poderá ser esclarecido(a), em qualquer momento através do e-mail: 3837@ipocoimbra.min-saude.pt ou pelo contacto telefónico: 913022798.

Obrigada pela Colaboração

---

(Daniela Sofia Carvalho Fernandes)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações fornecidas relativamente ao estudo “**Ensino de Enfermagem Pré-operatório: impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia**”. Foi-me dada a oportunidade de colocar questões e garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Fiquei devidamente esclarecido(a) e concordo em participar no mesmo.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

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

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

**APÊNDICE III**  

---

**GUIA DE ENSINO PRÉ-OPERATÓRIO**



# Guia de Ensino Pré-Operatório

As informações/ensinos que se seguem devem ser considerados no momento pré-operatório.

Não deve ser descurado nenhum dos tópicos e cada um deve ser adequado à cirurgia proposta e com linguagem adequada ao utente, de forma a que a informação seja perceptível pelo mesmo.

<b>Avaliação pré-operatória</b>	Síntese de alguns cuidados a ter em conta, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"><li>→ Exames complementares de diagnóstico necessários</li><li>→ História de saúde</li><li>→ Hábitos de vida</li><li>→ Alergias</li></ul>
<b>Preparação física</b>	Cuidados com: <ul style="list-style-type: none"><li>→ Pele, tricotomia, banho (explicando o procedimento e importância do banho com a clorexidina)</li><li>→ Vestuário</li><li>→ Adornos</li><li>→ Próteses</li><li>→ Preparação intestinal, caso se aplique.</li></ul>
<b>Jejum</b>	A necessidade de jejum no pré-operatório e a pausa alimentar no pós-operatório devem ser <b>explicados</b> ao utente e supervisionado o seu cumprimento.  Referenciar a possibilidade de sensação de sede, o porquê dessa sensação no pós-operatório e as medidas para aliviar esse desconforto.
<b>Circuito bloco-operatório</b>	Explicar: <ul style="list-style-type: none"><li>→ Acompanhamento e permanência no bloco operatório antes da cirurgia</li><li>→ Ambiente da sala operatória</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– O que acontecerá no pós-operatório imediato (UCPA e regresso à enfermaria)</li> </ul> <p>De forma a minimizar o receio face ao ambiente desconhecido com que se defrontará.</p>
<b>Medicação de sedo-analgésia e dor</b>	<p>Explicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Efeito e sensações de medicação de sedo-analgésia</li> <li>– Dor que poderá vir a sentir e métodos de controlo da mesma, tanto farmacológica como não farmacológica e possibilidade de solicitar medicação em SOS.</li> </ul>
<b>Dispositivos médicos e sensações associadas</b>	<p>Explicar a possibilidade de vir a ter determinados dispositivos e/ou equipamentos após o ato cirúrgico, eventuais cuidados na prevenção de complicações associadas à sua presença e possíveis sensações que lhe possam causar, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dispositivos de monitorização</li> <li>– Drenos</li> <li>– Cateter urinário</li> <li>– Sonda nasogástrica</li> <li>– Sonda/máscara de O2</li> <li>– etc.</li> </ul>
<b>Ansiedade</b>	<p>Explorar mecanismos de <i>coping</i> ou métodos alternativos de controlo da ansiedade.</p>
<b>Mobilizações e primeiro levante</b>	<p>Explicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tempo de repouso no leito, mediante o tipo de cirurgia e como se processará o primeiro levante e sensações associadas (por exemplo: tonturas)</li> <li>– Cuidados nas mobilizações no leito</li> <li>– Cuidados nas transferências</li> </ul>
<b>Tosse como meio de prevenir complicações</b>	<p>Explicar <b>necessidade</b> de uma tosse eficaz, para prevenir complicações respiratórias no pós-operatório, explicando o procedimento de forma a preservar a intervenção cirúrgica.</p>
<b>Visitas</b>	<p>Adequar a informação às orientações em vigor na instituição no momento.</p> <p>Referenciar: Horário</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Número de visitas</li> <li>– Tempo de permanência</li> </ul>

**Preparação para a alta**

Referenciar:

- Tempo médio de internamento, tendo em conta o tipo de cirurgia
- Envolvimento multidisciplinar e multiprofissional, fazendo uma correta avaliação das condições sociais, económicas, psicológicas, competências/literacia em saúde do doente e da família.



## **APÊNDICE IV**

---

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE  
ÉTICA



Formulário para Projeto de Investigação/Estudo

Proponente: DIANI TEILIA ISIOFI ALICIA RUIVALHIOLLI  
FIERINIANDEIS

Instituição de ensino: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Orientador: <sup>1</sup>MARIA DA INAZARÉ ICERRETO  
<sup>2</sup>MARCO ANTÓNIO IGONÇALVES

Título do projeto: "Ensino de Enfermagem Pré-operatória: Impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia"

Data prevista para início dos trabalhos 20/22/01/03

Data prevista para termo dos trabalhos 20/22/02/23

Descrição do projeto

**1 - Objetivos:** <sup>2</sup> • Compreender o impacto do ensino de enfermagem pré-operatória, na pessoa submetida a cirurgia;  
• Avaliar o ~~nível~~ nível de ansiedade da pessoa submetida a cirurgia, no período pré-operatório e pós-operatório;  
• Identificar a influência das variáveis: idade, sexo, estado civil, tipo de cirurgia e experiências cirúrgicas anteriores, nos níveis de ansiedade vivenciadas no pós-operatório.

**2 - Instrumentos de recolha de dados e respetiva forma de aplicação:** <sup>3</sup> Aplicação questionário 1.ª Parte (Pré-operatório): Caracterização da pessoa e "Escala de ansiedade estado Spielberger"; 2.ª parte (1.ª dia de pós-operatório): "Escala de ansiedade estado Spielberger" + "Escala de avaliação inferno pré-operatório".

**3 - Serviço(s) do IPOCFG, E.P.E. envolvido(s):** Serviço "Especialidade Cirúrgica I"

<sup>1</sup> Juntar declaração do orientador/responsável pela realização do trabalho

<sup>2</sup> Pode remeter para documento anexo

<sup>3</sup> Pode remeter para documento anexo

Junte declaração escrita de autorização do(s) diretor(es) do(s) serviço(s) envolvido(s) na realização do trabalho.

**4 – Para a realização do projeto é necessário:**

- 4.1 -  recolher dados estatísticos sem identificação dos titulares;
- 4.2 -  recolher dados pessoais com identificação dos titulares;
- 4.3 -  entrevistar doentes;
- 4.4 -  contactar com doentes;
- 4.5 -  solicitar a doentes o preenchimento de questionários ou inquéritos;
- 4.6 -  contactar com profissionais;
- 4.7 -  solicitar a profissionais o preenchimento de questionários ou inquéritos.

**5 – Dignidade dos titulares dos dados**

5.1 - Indique como é obtido o consentimento informado dos participantes, juntando cópia do respetivo modelo\*.

... Será entregue documento consentimento informado aos...  
... cliente previamente à primeira fase da coleta de dados,  
... de forma a que o processo seja esclarecido e voluntário.

\*O documento original do Consentimento Informado obtido deverá ficar arquivado no processo clínico.

5.2 – Indique como é garantida a não ocorrência de consequências negativas para os participantes.

... Será permitida a desistência a qualquer momento...  
... do processo de recolha de dados, salvaguardando o...  
... direito de "opt out", sem que advinha algum prejuizo.

5.3 – Indique os benefícios que os participantes podem esperar com a execução do projeto.

... Produção de conhecimento científico... Contribuir...  
... para a melhoria da prática de profissão de enfermeiros.

**6 – Garantia de confidencialidade**

Se for necessário recolher dados pessoais com identificação dos titulares, descreva, sucintamente, o sistema de codificações ou outro que garante a respetiva confidencialidade.

... Os questionários serão codificados sendo atribuído um...  
... número, pelo orden que vai sendo estatística e recolha...  
... de dados. As grupo de controlo são criadas e atribuído a...  
... letra "C" e os experimental a letras "E".

.....  
.....  
.....

**7 – Compromisso de partilha – Declaração de compromisso de entrega de exemplar do trabalho<sup>4</sup>.**

Eu, abaixo assinado, comprometo-me a entregar um exemplar do trabalho efetuado em formato papel e, em formato digital, um resumo do trabalho com cerca de 250 palavras atendendo aos objetivos, resultados, sugestões e desafios para a prática, face à possibilidade da sua publicação na Revista *Info* ou à sua divulgação informativa.

Denilde Sara Cavicho Fernandes  
(Assinatura)

<sup>4</sup>A Comissão de Ética informa o(s) autor(es) do projeto que, durante ou após a realização do trabalho, poderá eventualmente ser convocado para a prestação de esclarecimentos com ele relacionados.



## **APÊNDICE V**

---

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO GABINETE  
COORDENADOR DE INVESTIGAÇÃO**



Folha de rosto para Projetos de Investigação

**Título do Projeto de Investigação:**

Ensino de Enfermagem Pré-operatório: impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia.

**Proponente do Projeto de Investigação:**

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

Instituição: \_\_\_\_\_

Endereço profissional: \_\_\_\_\_

Contacto telefónico: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Colaborador(es) do** \_\_\_\_\_ **:** Daniela Sofia Carvalho Fernandes

Serviço do colaborador r \_\_\_\_\_ **:** Especialidades Cirúrgicas I

Contacto telefónico do colaborador no l \_\_\_\_\_ **:** 913022798

E-mail: 3837@ipocoimbra.min-saude.pt

Em caso de publicação, tomo conhecimento que a referência obrigatória ao \_\_\_\_\_  
deve ser a seguinte:

Se Publicação internacional: " \_\_\_\_\_ "

Se Publicação nacional: " \_\_\_\_\_ "

*Daniela Sofia C. Fernandes*

(assinatura)



**APÊNDICE VI**

---

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO





Exma. Sr.<sup>a</sup>  
Dr.<sup>a</sup> Margarida Ornelas  
Presidente do Conselho de Administração do

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de Projeto de Investigação

Eu, Daniela Sofia Carvalho Fernandes, a frequentar o XIV curso de Pós-Licenciatura e XI curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e enfermeira da instituição, venho, por este meio, solicitar autorização para a realização do projeto de investigação intitulado **“Ensino de Enfermagem Pré-operatório: impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia”**, no [REDACTED].

Trata-se de um estudo quase experimental, que será conduzido mediante a aplicação de um instrumento de colheita de dados, sob a forma de questionário e cujo objetivo principal é identificar a influência do ensino de enfermagem pré-operatório na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia, no pós-operatório.

Informo V<sup>ª</sup>Ex<sup>ª</sup> que no processo de colheita de dados, será pedida colaboração voluntária ao utente, garantindo os valores deontológicos do anonimato, sigilo profissional e que toda a informação recolhida será utilizada exclusivamente para a realização do presente trabalho.

Comprometo-me a que este estudo em nada prejudique o normal funcionamento do serviço, nem ofereça transtorno aos profissionais que nele exercem funções e aos utentes. Após concluído, os resultados do estudo serão disponibilizados na instituição.

Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 26 de outubro de 2021

Daniela Sofia C. Fernandes

