

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LORENA MORENA ROSA MELCHIOR**

**ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA EM PACIENTES CIRÚRGICOS  
HOSPITALIZADOS DE GOIÂNIA-GO**

**GOIÂNIA, 2017**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZARAS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**       **Dissertação**       **Tese**

**2. Identificação da Tese ou Dissertação**

Nome completo do autor: LORENA MORENA ROSA MELCHIOR

Título do trabalho: ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA EM PACIENTES CIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS DE GOIÂNIA-GO.

**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento  SIM       NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Lorena Morena Rosa Melchior

Assinatura do (a) autor(a)

Data: 19 / 04 / 2017

<sup>1</sup>Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

**LORENA MORENA ROSA MELCHIOR**

**ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA EM PACIENTES CIRÚRGICOS  
HOSPITALIZADOS DE GOIÂNIA-GO**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.*

**Área de concentração:** Assistência de enfermagem no perioperatório

**Linha de pesquisa:** Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o cuidar em saúde e enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto

**GOIÂNIA, 2017**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

ROSA MELCHIOR , LORENA MORENA  
ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA EM PACIENTES CIRÚRGICOS  
HOSPITALIZADOS DE GOIÂNIA-GO [manuscrito] / LORENA  
MORENA ROSA MELCHIOR . - 2017.  
XCII, 92 f.

Orientador: Profa. Dra. Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto .

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2017.

Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Enfermagem de Centro Cirúrgico. 2. Enfermagem Perioperatória. 3. Enfermagem. 4. Período Perioperatório. 5. Ansiedade.  
I. Santos Soares Barreto , Regiane Aparecida dos , orient. II. Título.

CDU 616-083

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE LORENA MORENA ROSA MELCHIOR** – Aos vinte dias do mês de março de dois mil e dezessete (20/03/2017), às 14h00min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto (orientadora/Presidente/PPGENF/FEN/UFG), Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Alice Coelho (membro externo) e Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Karlla Antonieta Amorim Caetano (interno/PPGENF/FEN/UFG), sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada no auditório da Faculdade de Enfermagem, para procederem à avaliação da defesa de dissertação intitulada: “**ANSIEDADE EM PACIENTES CIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS**”, em nível de **Mestrado**, área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA**, de autoria de **Lorena Morena Rosa Melchior**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela presidente da Banca Examinadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto, que fez a apresentação formal dos membros da Banca. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Dissertação que, em 40 minutos, procedeu à apresentação de seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta na Resolução nº. 1403/2016 do Conselho de Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura (CEPEC), que regulamenta o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a dissertação foi aprovada, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da dissertação, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta dissertação para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 30 dias. Cumpridas as formalidades de pauta, a presidente da banca encerrou esta sessão de defesa de dissertação e para constar eu, Julianna Malagoni Cavalcante Oliveira, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei a presente Ata que depois de lida e aprovada será assinada pelos membros da Banca Examinadora em três vias de igual teor. A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da dissertação:

*ansiedade me-operatória  
em pacientes cirúrgicos hospitalizados de Goiânia-GO*

*Barreto*  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto  
Orientadora-Presidente /PPGENF/FEN/UFG

*Maria Alice Coelho*  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Alice Coelho  
Membro externo

*Karlla Antonieta Amorim Caetano*  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Karlla Antonieta Amorim Caetano  
Membro interno/PPGENF/FEN/UFG

## **DEDICATÓRIA**

À minha amada filha Sophia e aos meus pais Luzia e Edmar, que dignamente me apresentaram a importância da família e o caminho da honestidade e persistência.

## **AGRADECIMENTOS**

Minha gratidão, em primeiro lugar, a Deus, por estar comigo em todos os momentos, me iluminando, sendo meu refúgio e fortaleza e pela força dada nos momentos mais difíceis nos quais que pensei em desistir.

Ao meu esposo Gustavo Dias, fiel companheiro nas horas difíceis e que esteve sempre ao meu lado, entendendo os momentos de ausência e demonstrando apoio e carinho. À minha linda Sophia: sei que muitas vezes estive ausente em seus dias, mas todos os dias luto para você se orgulhar de mim. Para você, todo meu amor e carinho. Você sempre foi a minha força.

Aos meus pais Luzia e Edmar, por me mostrarem a importância da família, por serem meu apoio, carinho e incentivo, e pelo amor incondicional. Às minhas irmãs Janaina Cristina, Geisa Rosa e Brunna Karlla e aos meus sobrinhos João Miguel, Eloá e Nicolly. Vocês juntos concretizam a melhor perfeição de Deus, a família. Amo muito vocês, obrigada por tantas vezes suportarem junto comigo as minhas dores e lágrimas. E também por sempre me ajudarem seguir em frente. Sem vocês jamais teria conseguido.

À professora Dra. Regiane Barreto pela atenção e carinho, e por cuidar de mim nos momentos em que mais precisei. Agradeço também por esses cinco anos de orientações e paciência, e por sempre acreditar em mim e me fazer ser melhor no meu caminho com a ciência.

Às professoras Dra. Karlla Antonieta Amorim Caetano e Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra pelas brilhantes sugestões em momentos decisivos do meu trabalho.

Às minhas amigas de sempre, Jessyca Rodrigues, Gabriela Amaral, Ana Patrícia, Heloisa Alves, Milainy Barbora e Jeenna Louhanna por só quererem o meu bem e me valorizarem tanto como pessoa. Obrigada pela amizade, vocês alegam meus dias e foram o alicerce de que eu precisei várias vezes.

Aos amigos do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas, que merecem todo respeito pela assistência prestada, e em especial à enfermeira, amiga e parceira Thais Vilela de Sousa.

Aos meus pacientes que participaram da pesquisa, e que, muitas vezes mesmo ansiosos e com medo, responderam aos meus questionários e confiaram em mim para revelar seus sentimentos.

Ao Núcleo de Gestão e Estudos em Enfermagem e Saúde do Trabalhador e Usuários dos Serviços de Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (NUGESTUS/FEN/UFG). Aos alunos de graduação que me ajudaram na coleta de dados e que acreditaram na proposta do meu estudo. Principalmente a vocês: Joyce, Ingrid, Sara, Lara, Tatiany, Juliana, Andressa e Camila.

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FEN-UFG que proveram as ferramentas pra que eu pudesse vivenciar e concretizar este sonho, meus eternos agradecimentos. Em especial à professora Dra. Maria Márcia Bachion, que tem meu imenso respeito. Sou muito agradecida pelas discussões em suas aulas, que hoje me fazem ser uma enfermeira melhor.

Enfim, sou grata a todos que colaboraram, apoiaram e compartilharam comigo essa trajetória, e quero dividir a conquista desse sonho com todos vocês.

*Eu nunca erro, ou acerto ou aprendo!*

(Nelson Mandela)

# SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>12</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	<b>13</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>14</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>15</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>16</b>
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>23</b>
2.1. Geral: .....	23
2.2. Específicos: .....	23
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>24</b>
<b>3.1. A evolução da prática cirúrgica ao longo dos séculos</b> .....	<b>24</b>
<b>3.2. Enfermagem perioperatória</b> .....	<b>26</b>
3.2.1. A enfermagem na prática cirúrgica .....	26
3.2.2. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória.....	28
3.2.3.Segurança do paciente cirúrgico e ansiedade.....	31
<b>3.3. Ansiedade e seu reflexo sobre o paciente cirúrgico</b> .....	<b>33</b>
<b>4. MATERIAL E MÉTODO</b> .....	<b>36</b>
4.1. Delineamento.....	36
4.2. Local do Estudo .....	36
4.3. População e Amostra .....	37
4.4. Critérios de elegibilidade.....	37
4.5. Coleta de Dados .....	37
4.6. Variáveis do estudo .....	39
4.6.1. Variável dependente: .....	39
4.6.2. Variáveis independentes: .....	39
4.7. Instrumentos de Coleta de Dados .....	39
4.8. Estudo Piloto .....	40
4.9. Aspectos Ético-Legais .....	41
4.10. Organização e análise dos dados .....	41
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>42</b>
Artigo1 .....	<b>43</b>
Artigo2 .....	<b>57</b>

<b>6. CONCLUSÕES .....</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>84</b>
<b>Anexo B – Escala numérica de dor .....</b>	<b>84</b>
<b>Anexo D –Aprovação comitê de ética .....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON .....</b>	<b>85</b>
<b>Anexo B – ESCALA NUMÉRICA DE DOR .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO C – FICHA DE ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO D – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA .....</b>	<b>89</b>

## LISTA DE TABELAS

### **Artigo1 – Prevalência de ansiedade em pacientes cirúrgicos hospitalizados**

Tabela 1.1 – Perfil sociodemográfico de pacientes em pré-operatório, Goiânia-GO, 2016.....	47
Tabela 1.2 – Perfil clínico-cirúrgico de pacientes em pré-operatório, Goiânia-GO, 2016.....	48
Tabela 1.3 – Medos e conhecimentos de pacientes em pré-operatório, Goiânia-GO, 2016.....	49
Tabela 1.4 – Fatores de risco associados à ansiedade pré-operatória, Goiânia-GO, 2016.....	51
Tabela 1.5 – Ansiedade pré-operatória segundo escala de Hamilton e auto relatada na admissão no centro cirúrgico, Goiânia-GO, 2016.....	51

### **Artigo2 – Preditores para ansiedade pré-operatória moderada e grave em pacientes cirúrgicos hospitalizados**

Tabela 2.1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes em pré-operatório, Goiânia-GO, 2016.....	62
Tabela 2.2– Perfil clínico-cirúrgico de pacientes em pré-operatório, Goiânia-GO, 2016.....	63
Tabela 2.3– Preditores para ansiedade pré-operatória moderada e grave, Goiânia-GO, 2016.....	64

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASA – *American Society of Anesthesiologists*

CC – Centro Cirúrgico

CC – Centro Cirúrgico

CRH – Corticotrofina

DE – Diagnóstico de Enfermagem

FEN – Faculdade de Enfermagem

NUGESTUS – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Segurança do Trabalhador e  
Usuário do Serviço de Saúde

PE – Processo de Enfermagem

SAEP – Sistematização da Assistência De Enfermagem Perioperatória

SNC – Sistema Nervoso Central

SO – Sala de Operação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFG – Universidade Federal de Goiás

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O procedimento anestésico-cirúrgico é um processo complexo e crítico, um momento capaz de gerar implicações importantes aos pacientes, podendo gerar diversos sentimentos como o de ansiedade e o medo. A ansiedade pré-operatória tem afetado cerca de 60 a 80% dos pacientes cirúrgicos. O paciente instável emocionalmente a cirurgia é algo assustador e traumático e ainda está predisposto a complicações. **OBJETIVO:** Investigar o perfil dos pacientes ansiosos hospitalizados em pré-operatório de cirurgia eletiva. **MÉTODO:** Estudo de delineamento transversal, analítico, com posterior formação de coorte, realizado num hospital universitário público do município de Goiânia-GO, Brasil. A população foi constituída por pacientes em pré-operatório de cirurgia eletiva internados em unidades cirúrgicas, a amostra foi constituída de 200 pacientes em pré-operatório, mediante cálculo amostral. Utilizou-se quatro instrumentos, um estruturado com questões sociodemográficas e clínico-cirúrgicas; a escala de ansiedade de Hamilton; a escala numérica de dor e a ficha de admissão do centro cirúrgico. O desenvolvimento do estudo atendeu integralmente à Resolução 466/2012, quanto às questões éticas. Realizou-se análise expressa em frequências absoluta e relativa e utilizou-se o teste qui-quadrado, considerando nível de significância de 5%. A Razão de Prevalência (RP) foi avaliada por meio da Regressão de Poisson bruta e ajustada. **RESULTADOS:** A prevalência de ansiedade pré-operatória foi 53,0% (n=106) (IC 95% 46,06/59,85), a ansiedade leve foi de 67,0% (n=71) (IC 95%; 57,6-75,4), e 33,0% (n=35) (IC 95% 24,5/42,3) dos pacientes apresentaram ansiedade moderada e grave. O perfil dos ansiosos foi formado por pacientes na faixa etária entre 50 a 69 anos, mulheres, baixa escolaridade, casados, moradores do interior do estado de Goiás, em casas cujo provedor era único, trabalhadores informais/desempregados, não tabagistas/etilistas, com menos de 24 horas de internação, com experiência cirúrgica prévia, sem doenças crônicas e sem dor no pré-operatório. Na análise multivariada, o sexo, a ocupação e o medo da anestesia foram significativos, configurando-se em preditores para ansiedade moderada e grave. O medo da anestesia, de algo dar errado, ou de morrer, esteve em parte predominante da amostra e o medo de erros mostrou relação significativa com a ansiedade moderada e grave. **CONCLUSÕES:** A prevalência de ansiedade pré-operatória encontrada foi alta, comparada a estudos semelhantes. A maioria dos pacientes ansiosos demonstrou níveis de ansiedade leve. O sexo, a ocupação e o medo da anestesia configuraram-se em preditores para ansiedade moderada e grave nos pacientes cirúrgicos.

Descritor *Português*: Enfermagem de Centro Cirúrgico; Enfermagem Perioperatória; enfermagem; Período Perioperatório; Ansiedade.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The anesthetic-surgical procedure is a complex and critical process, a moment that can generate important implications for the patients, and can generate diverse feelings such as anxiety and fear. Preoperative anxiety has affected about 60 to 80% of surgical patients. The patient's emotionally unstable surgery is scary and traumatic and is still predisposed to complications. **PURPOSE:** To investigate the profile of anxious patients hospitalized in preoperative elective surgery. **METHOD:** A cross-sectional, analytical study with subsequent cohort formation, performed at a public university hospital in the city of Goiânia-GO, Brazil. The population consisted of preoperative elective surgery patients hospitalized in surgical units, the sample was constituted of 200 patients in the preoperative period, by means of a sample calculation. Four instruments were used, one structured with sociodemographic and clinical-surgical questions; The Hamilton anxiety scale; The numerical scale of pain and the admission card of the surgical center. The study was carried out in total accordance with the Resolution 466/2012 regarding ethical issues. The analysis was expressed in absolute and relative frequencies and the Chi-square test was employed, with a significance level of 5%. The Prevalence Ratio (PR) was evaluated through gross and adjusted Poisson regression. **RESULTS:** The prevalence of anxiety was 53,0% (n=106) (CI 95% 46,06/59,85), mild anxiety was present in 67,0% (n=71) (CI 95%; 57,6-75,4), and 33,0% (n=35) (CI 95% 24,5/42,3) of the patients presented moderate and severe anxiety. In the multivariate analysis, sex, occupation and fear of anesthesia were significant, configuring as predictors to moderate and severe anxiety. The fear of anesthesia, of something going wrong, or of dying emerged in a predominant part of the sample, and the fear of errors showed significant relation to moderate and severe anxiety. **CONCLUSIONS:** The prevalence of preoperative anxiety found in the study was high. Most of the anxious patients expressed levels of mild anxiety. The most common factors that led to anxiety were the fear of death and of errors by the surgical team. Sex, occupation and fear of anesthesia configured as predictors to moderate and severe anxiety.

**Descritor Inglês:** Operating room nursing; Perioperative nursing; Nursing; Perioperative Period; Anxiety.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Cada cirugía es un proceso complejo y crítico, capaz de traer implicaciones importantes para el paciente y puede causar ansiedad. La ansiedad preoperatoria ha afectado a alrededor de 60 a 80% de los pacientes quirúrgicos. El paciente inestable emocionalmente queda predispuesto a complicaciones quirúrgicas. **OBJECTIVO:** Investigar el perfil de los pacientes hospitalizados en ansiedad preoperatoria de la cirugía electiva. **MÉTODOS:** estudio transversal, analítico, con la consiguiente formación de cohorte, realizado en un hospital universitario público en el centro-oeste de Brasil. La población estuvo constituida por los pacientes en el preoperatorio de cirugía electiva, hospitalizados en unidades quirúrgicas y la muestra de 200 pacientes mediante el cálculo de la muestra. Se utilizó instrumento estructurado con temas sociodemográficos y clínico-quirúrgicos, la escala de ansiedad de Hamilton, la escala numérica del dolor y la forma de admisión de la sala de operaciones. El desarrollo del estudio cumplió plenamente la Resolución 466/2012 en relación con las cuestiones éticas. Hemos llevado a cabo un análisis expresado en frecuencias absolutas y relativas, se utilizó la prueba de chi-cuadrado, con un nivel de significación del 5%. La razón de prevalencia (PR) se evaluó mediante regresión de Poisson crudo y ajustado. **RESULTADOS:** La prevalencia de la ansiedad preoperatoria fue 53,0% (n = 106) (IC del 95%: 46.06 / 59.85), la ansiedad leve fue del 67,0% (n = 71) (95%; el 57,6 para el 75,4) y 33,0% (n = 35) (IC del 95%: 24,5 / 42,3) de los pacientes tenían moderada a severa ansiedad. En el análisis multivariante, el sexo, la ocupación y el miedo a la anestesia, fueron significativas, y hay configurado en predictores de ansiedad moderada y grave. Miedo a la anestesia, algo va mal, o morir, estaba en una parte predominante de la muestra y el temor de errores mostró una relación significativa con la ansiedad moderada y grave. **CONCLUSIONES:** La prevalencia de la ansiedad preoperatoria se encontró alta. La mayoría de los pacientes ansiosos mostraron niveles de ansiedad leves. Los factores más comunes que conducen a la ansiedad eran el miedo a la muerte y los errores del equipo quirúrgico. Sexo, ocupación y miedo a la anestesia hay configurado en predictores para la ansiedad moderada y grave.

Descriptor Español: Enfermería de Quirófano; Enfermería Perioperatoria; enfermería; Periodo Perioperatorio; Ansiedad.

## APRESENTAÇÃO

*Só se vê bem com o coração.  
O essencial é invisível aos olhos.  
(Saint-Exupéry)*

A escolha do tema 'Ansiedade pré-operatória' resulta das diversas indagações que me permearam no caminhar na enfermagem. Relaciona-se ao meu modo de ser no mundo e ao que me realiza e faz sentido na minha vida. Tudo começou no meu terceiro ano na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, em 2012, ano em que me apaixonei pela disciplina Enfermagem Cirúrgica, bem como pela assistência ao paciente cirúrgico. Naquele momento, eu nem imaginava que me tornaria uma estudiosa do assunto e, ainda mais, que amaria a temática incansavelmente.

Na disciplina, eram propostas algumas visitas pré-operatórias de enfermagem, e um fato que me intrigou foi a presença constante do diagnóstico de enfermagem 'Ansiedade' nos pacientes. Percebi e me preocupei com o impacto da ansiedade com relação a esse momento para os pacientes, que se apresentavam muitas vezes assustados, amedrontados e chorosos.

Nesse mesmo ano, ingressei no Núcleo de Gestão e Estudos em Segurança do Trabalhador e Usuário do Serviço de Saúde (NUGESTUS), a fim de aprofundar meus conhecimentos por meio da Iniciação Científica e da Extensão Universitária, como bolsista das duas modalidades, por dois anos consecutivos. No núcleo, acabei me tornando coordenadora discente do projeto "Promovendo a Segurança do Paciente" no pós-operatório, no qual prestávamos assistência a pacientes de cirurgia vascular em ambulatório de enfermagem, com autonomia e confiança por parte de minha orientadora. A experiência desses atendimentos me aproximou ainda mais do paciente cirúrgico.

Toda minha formação me ensinou a ser uma profissional capaz de atender o ser humano integralmente, interagindo com ele, percebendo-o como ser biopsicossocial, no qual seu corpo pode ser provido de toda carga de sentimentos que lhe foram atribuídos. Acredito em um processo humanizado, baseado nas intervenções de enfermagem. Acredito que, por meio do Processo de Enfermagem, é possível respeitar a individualidade, bem como valorizar minha profissão como ciência.

Hoje, com o conhecimento e a sensibilidade que tenho para a enfermagem, não poderia deixar de voltar um pouco no tempo, no final do meu primeiro ano de faculdade, em 2010. Naquele final de ano, meu pai sofreu um acidente automobilístico e teve que passar por uma complexa cirurgia. Naquele momento, sabia pouco sobre a enfermagem e menos ainda sobre como ajudá-lo. Lembro que, na véspera da cirurgia, meu pai chorou várias vezes, não conseguiu dormir nem se alimentar, mesmo com nossa insistência.

Estava visivelmente tenso, com medo estampado em seu rosto. Nós o questionávamos quanto à dor, se precisava de analgésicos, e ele apenas negava. Naquele momento, ainda não tinha o conhecimento para perceber o quanto meu pai estava ansioso. Hoje, conversando com ele sobre minha pesquisa, posso compreender muito bem o que meus pacientes e suas famílias passam quando enfrentam a ansiedade pré-operatória.

O período de hospitalização e da cirurgia é singular a cada corpo vivente, vem carregado de uma rede de sentimentos que se entrelaçam e se contrapõem, e de significados que possibilitam a compreensão dos fenômenos vivenciados.

No final do ano de 2014, me graduei e recebi o título de bacharel e licenciada em enfermagem. Com o diploma, surgiram diversos questionamentos, em especial sobre o paciente cirúrgico. Diante disso, realizei o processo seletivo do Programa de Pós-graduação, nível mestrado, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás em 2015 e fui aprovada. Na fase de aperfeiçoamento do meu projeto, recebi um artigo recém-publicado sobre 'ansiedade pré-operatório' "Do psychological interventions reduce preoperative anxiety?". Naquela leitura, revivi momentos e me foi despertada uma vontade imensa de entender o impacto e o perfil da ansiedade pré-operatória aqui no Brasil, com os nossos pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde. E daquele dia em diante, a ansiedade pré-operatória tomou conta das minhas incessantes horas de estudo.

No ano de 2016 fui aprovada no processo seletivo de residência multiprofissional do Hospital das Clínicas. O primeiro setor hospitalar em que desenvolvi minha assistência de enfermagem como residente foi a clínica cirúrgica, e lá permaneci por seis meses. Esse tempo me fez compreender e me apaixonar ainda mais por minha linha de pesquisa; sou muito feliz pelo que tenho contribuído na ciência e na assistência para avanço do tema.

Acredito que após esse conhecimento sobre o paciente ansioso no pré-operatório, muitos serão beneficiados e um olhar diferente para esses pacientes será despertado, fazendo com que a prática de enfermagem baseada na realidade e em evidência seja capaz de formular intervenções para amenizar esse momento. Não poderia ter escolhido um assunto melhor a ser estudado. Esse tema mostra o que acredito, e com certeza me faz uma enfermeira melhor.

A temática deste estudo é relevante e apresenta impacto para a saúde pública, pois pesquisas procedimentos e estratégias como esta convergem para proporcionar à prática uma melhor qualidade. O estudo delimita o perfil do paciente ansioso e é capaz de subsidiar ações de enfermagem efetivas, bem como promover a sensibilização de gestores à adoção de uma cultura de segurança das unidades de saúde.

O trabalho está estruturado conforme as etapas a seguir apresentadas.

A Introdução contextualiza a problemática ansiedade pré-operatória em pacientes hospitalizados.

A fundamentação teórica levanta as evidências científicas e está apresentada em quatro tópicos. O primeiro refere-se a um breve contexto sobre a história da prática cirúrgica ao longo dos séculos. O segundo tópico discorre sobre enfermagem perioperatória e envolve dois subtópicos, historiando a participação da enfermagem na prática cirúrgica ao longo dos séculos e a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). O terceiro tópico discorre sobre a ansiedade e seu reflexo sobre o paciente cirúrgico. E o tópico final discute sobre segurança do paciente cirúrgico e ansiedade.

A metodologia apresenta o tipo de estudo, o cenário, os participantes, os instrumentos de coleta, a análise dos dados e os aspectos éticos e legais.

Os resultados estão apresentados na forma de dois artigos, quais sejam: 1) Prevalência de ansiedade em pacientes cirúrgicos hospitalizados e 2) Preditores para ansiedade pré-operatória moderada e grave em pacientes cirúrgicos hospitalizados.

As conclusões sintetizam os resultados e fazem reflexões quanto à taxa de ansiedade encontrada, perfil do paciente ansioso e as correlações encontradas.

Por fim, as referências consultadas para a construção desse material estão apresentadas, conforme as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem - FEN/UFG.

## 1. INTRODUÇÃO

A cirurgia é um processo complexo e crítico, uma realidade muitas vezes súbita e imposta, que provoca alterações profundas na vida do paciente e gera implicações no seu bem-estar e saúde, bem como nos padrões fundamentais da vida, em nível individual e familiar. Produz ainda, mudanças de papéis, nas relações, nas identidades e nas suas capacidades físicas e emocionais. Ao ser informado sobre a necessidade de ser submetido a um procedimento cirúrgico, o paciente passa por alterações orgânicas e comportamentais importantes que podem gerar danos à sua saúde(SAMPAIO *et al.*, 2013; GONÇALVES & MEDEIROS, 2016).

O procedimento cirúrgico é uma forma de tratamento de um desvio de saúde indicado para complementar o tratamento clínico ou quando este não é possível. No entanto, é um tratamento invasivo e sujeito a diversos riscos (APECIH, 2009; OMS, 2009; SOBECC, 2013).

Em todo procedimento cirúrgico, por mais simples que o seja, o paciente passa por três momentos ou períodos de assistência: o pré-operatório, que antecede a cirurgia; o intra-operatório, ou a cirurgia propriamente dita; e o pós-operatório, após a cirurgia, e que se estende ao domicílio (APECIH, 2009; OMS, 2009; SOBECC, 2013).

Segundo Sampaio *et al.* (2013) e Santos *et al.*(2014), o procedimento cirúrgico traz implicações importantes para o estado emocional do paciente, como por exemplo a ansiedade e o medo, já que, muitas vezes, trata-se de uma realidade desconhecida e assustadora.

A ansiedade é uma reação emocional desagradável e transitória percebida pela consciência e caracterizada por sentimentos como, tensão, apreensão, nervosismo e preocupação. A estas respostas, incluem-se alterações hemodinâmicas, como da frequência cardíaca, do padrão respiratório e da pressão arterial, além de inquietação, tremores e aumento de sudorese (SAMPAIO *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2014).

O procedimento anestésico-cirúrgico é um desencadeador de ansiedade, pois, pacientes cirúrgicos lidam de diferentes maneiras com a espera para a cirurgia, quer seja pela preocupação com os possíveis danos físicos/mentais, com os resultados da operação e a antecipação da dor pós-operatória, quer seja pela

separação dos membros da família, preocupação com a incapacidade, perda de independência e medo da própria cirurgia (SAMPAIO *et al.*, 2013; GONÇALVES & MEDEIROS, 2016).

A vivência do estado de ansiedade antes da operação é atualmente encontrada em cerca de 60% a 80% dos pacientes cirúrgicos (AGARWAL *et al.*, 2005; AYKENT *et al.* 2007; PERKS *et al.* 2009; YILMAZ *et al.*, 2012). Em um estudo de Kalkhoran e Karimollahi (2007), 67% dos pacientes tiveram ansiedade antes da cirurgia. Atanassova (2009) encontrou uma taxa de 62,5% e Nigussie *et al.* (2014) de 70,3%. Outro estudo especificamente com pacientes de neurocirurgia encontrou uma frequência de ansiedade pré-operatória de 89% (PERKS *et al.*, 2009).

O paciente cirúrgico ansioso no pré-operatório pode apresentar dificuldade de estabelecer acesso venoso e de relaxamento da mandíbula durante a indução da anestesia, flutuações autonômicas e hemodinâmicas, além do aumento da necessidade de anestésico. A ansiedade também tem sido correlacionada a aumento da dor, náuseas e vômitos no pós-operatório, e ainda a complicações mais preocupantes, como prolongamento do tempo de recuperação e internação pós-operatória e aumento do risco de infecção. A preocupação com as condições emocionais sob as quais o paciente é encaminhado para cirurgia perpassa o momento pré-operatório e acompanha o pós-operatório (PERKS *et al.* 2009; YILMAZ *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2012; YILMAZ *et al.*, 2012; RENOUF *et al.*, 2014).

O paciente instável emocionalmente torna-se predisposto às complicações inerentes ao tratamento cirúrgico. Nesse contexto, a equipe multiprofissional pode desempenhar um papel importante de orientação e educação em saúde no perioperatório, uma vez que é capacitada e habilitada para tal competência, promovendo um procedimento e uma recuperação rápidos e seguros ao paciente (CARROLL *et al.*, 2012; RENOUF *et al.*, 2014).

Dentre os profissionais de saúde envolvidos na assistência perioperatória, a enfermagem é co-responsável pelos preparos físico e emocional. O enfermeiro é capaz de prever e intervir antecipadamente em situações de risco cirúrgico que podem desencadear incidentes graves e comprometer a segurança do paciente (OMS, 2009; COSTA; MONTEIRO; HEMESATH; ALMEIDA; 2011; SANTOS *et al.*, 2014).

Para minimizar o impacto da ansiedade, evitar alterações fisiológicas decorrentes de estados emocionais e facilitar o processo de transição, o enfermeiro

deve empenhar-se na promoção, construção e desenvolvimento do saber e do fazer, alicerçado num corpo de conhecimentos e competências técnicas, científicas e humanistas no campo das relações individuais e coletivas, consolidadas na *práxis* (NI *et al.*, 2011; SADATI *et al.*, 2013; RENOUF *et al.*, 2014).

Tendo em vista ainda uma forte consciência ética e o estabelecimento de uma relação de ajuda e de empatia com o paciente, cabe ao enfermeiro criar estratégias para identificar os potenciais problemas e angústias desses pacientes, assim como planejar intervenções, promover a capacidade de reflexão, decisão e ação no processo de cuidar, com vistas à satisfação das necessidades e segurança do paciente (SENA E NASCIMENTO, 2013; GONÇALVES E MEDEIROS, 2016).

Há poucas pesquisas nacionais que comprovem o impacto da ansiedade pré-operatória e o perfil do paciente ansioso, e principalmente, atendido pelo Sistema Único de Saúde. Na região Centro-Oeste do Brasil, essa lacuna é ainda maior, pois a maioria das publicações traz a realidade das regiões sul e sudeste, assim como os estudos: Prevalência de ansiedade e depressão no pré-operatório de cirurgias eletivas em um hospital universitário em Curitiba, realizado no ano de 2015. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos, realizado em São Paulo, em 2016.

Acredita-se que a ansiedade é influenciada pela cultura e pela qualidade de saúde oferecida em cada região e país. Conhecê-la pode facilitar ações de intervenção, a comparação com outras realidades e possibilidades de compartilhamento de intervenções, de forma a ajudar às instituições de saúde e a equipe de enfermagem na tomada de decisão e subsidiar ações, com vistas a sanar e diminuir as altas taxas de ansiedade encontradas nos estudos.

Tornar esse período mais seguro e menos traumático aos pacientes é a finalidade dessa e das demais pesquisas que buscam conhecimento sobre ansiedade pré-operatória. A equipe de enfermagem, pelo contato direto e permanente com o paciente é, a nosso ver, a indicada para propor ações que visem minimizar esses estados emocionais pré-operatórios. Conhecer o perfil, as características, os sinais e sintomas do paciente ansioso no pré-operatório facilita o planejamento da assistência de enfermagem, tornando-a baseada em evidência.

Atualmente a ansiedade como resposta emocional do paciente à cirurgia é interesse de pesquisadores, sendo esse estudo mais uma contribuição para essa

temática. A procura por tal conhecimento torna-se o alicerce desse estudo, o que justifica a investigação.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Geral:**

- Investigar o perfil dos pacientes ansiosos hospitalizados em pré-operatório de cirurgia eletiva.

### **2.2. Específicos:**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico do paciente ansioso pré-operatório;
- Estimar a prevalência de ansiedade pré-operatória;
- Descrever os níveis de ansiedade pré-operatória de pacientes hospitalizados;
- Analisar os fatores preditores para ansiedade pré-operatória em níveis moderado e grave;
- Comparar os níveis de ansiedade de paciente no pré-operatório com o intra-operatório.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1. A evolução da prática cirúrgica ao longo dos séculos

A cirurgia é um termo originado do grego *kheirurgia* (*kheiros*– mão e *érgon*– obra), sendo um processo terapêutico oferecido em ambientes hospitalares em que uma equipe liderada por um médico cirurgião realizam uma intervenção manual ou instrumental no paciente. Tem como objetivo proporcionar cuidado, buscar a recuperação ou melhorar desvios de saúde que às vezes não respondem a tratamentos clínicos. Dentre as finalidades da cirurgia, encontram-se: restauração de tecidos e ossos; aberturas de orifícios; drenagens; retiradas de tumores e órgãos; transplantes; dar origem a uma nova vida e estética (TEIXEIRA, 2005; FIGUEIREDO & HANDEM, 2010).

As primeiras intervenções cirúrgicas datam da era pré-histórica, e uma longa e notável evolução ocorreu desde os primeiros registros da cirurgia, acerca de 4.000 anos a.C. No início, a prática cirúrgica era empírica, praticada por aqueles que se dispunham a ajudar os seus semelhantes, na maioria das vezes em situações de trauma, com o uso da boa vontade. O único conhecimento de noções de anatomia que detinham era de comparação entre humanos e animais. Ademais, não tinham noção de qualquer aspecto funcional dos diversos tecidos e órgãos, tornando a prática cirúrgica totalmente intuitiva (SERRA, 2008; TOWNSEND *et al.*, 2014).

Os manuscritos da Idade Média mostram que nesta época o homem era extremamente religioso e a Igreja era uma autoridade incontestada. Exercidos por “barbeiros”, que praticavam sangrias e escarificações, os procedimentos cirúrgicos foram considerados uma prática bárbara, condenada pela igreja (TEIXEIRA, 2005; TUBINO & ALVES, 2011).

No século XIII, foram criadas as primeiras escolas de medicina, porém o ensino era dogmático e qualquer ação manual era considerada desonrosa. Foi somente no século XVI que os cirurgiões atingiram sua autonomia com Ambroise Paré, o primeiro médico a dedicar todo o seu tempo à cirurgia. Foi também o médico responsável por modificar o tratamento das feridas, com descobertas sobre a cauterização (TUBINO & ALVES, 2011; TOWNSEND *et al.*, 2014).

O período da Renascença marcou o nascimento de uma nova era para prática cirúrgica, em decorrência do desenvolvimento da anatomia e da fisiologia. Desta forma, ganham destaque nomes como Louis Pasteur, que através de estudos sobre fermentação diferenciou os micro-organismos em aeróbios e anaeróbios. No ano de 1715, o rei Luís XV decretou que o ensino da cirurgia fosse incluído nas escolas de medicina da França, e em 1731 foi fundada a Academia Real de Cirurgia (SERRA, 2008; FIGUEIREDO & HANDEM, 2010).

Destaca-se ainda, entre os acontecimentos que marcaram a evolução da cirurgia, a conquista da analgesia. Algumas das substâncias utilizadas para se obter o estado de inconsciência até então eram o haxixe, o ópio e o álcool. Também eram usados métodos como o frio intenso para amputar membros gangrenados. Em 1846, foi realizada a primeira intervenção cirúrgica com anestesia geral, na cidade de Boston, pelo cirurgião John Collins Warren, com inalação do éter para analgesia (SERRA, 2008; TOWNSEND *et al.*, 2014).

Tanto a descoberta dos raios X, em 1845, por Wilheem Conrad Roentgen e das práticas de Ignaz Philip Semmelweis e de Joseph Lister, em 1865, visando o controle da infecção – ao demonstrarem a importância da higienização das mãos na redução de infecções e vaporização com ácido carbólico (fenol) dos instrumentos, das feridas e das roupas, a fim de eliminar micro-organismos –, foram importantes acontecimentos para a transformação e conseguinte evolução da prática cirúrgica (REZENDE, 2009; TUBINO & ALVES, 2011).

O final do século XIX e início do XX foram de grandes conquistas para a medicina, em especial na área da cirurgia. Com o advento dos conhecimentos relacionados à anatomia, patologia e fisiologia, novos métodos propedêuticos foram iniciados. Destacou-se nesse período a necessidade de um modelo atual para a assistência durante o perioperatório do paciente. Assim, passaram a ser realizados encontros para exame clínico e laboratorial durante a fase pré-operatória. No período intra-operatório, uma maior atenção foi dada às alterações induzidas pela cirurgia quanto à fisiologia do organismo e controle de infecção e, no pós-operatório, desenvolveram-se cuidados visando à recuperação e diminuição de complicações. Outras modificações observadas no século XX incluem a necessidade do consentimento, pelo paciente, para realizar a cirurgia (TEIXEIRA, 2005; MACIEL, 2014).

O período entre 1940 e 1959 foi marcado por grandes avanços no meio científico na questão da assistência ao paciente cirúrgico, tornando-a cada vez mais complexa e em consonância às rápidas mudanças técnicas, medidas de prevenção de infecção e preparação dos pacientes. Nesse sentido, cabe destacar o fato de a educação do paciente ter se tornado parte da preparação no pré-operatório, suas necessidades individuais serem enfatizadas e a preparação psicológica amplamente reconhecida (SERRA, 2008; TOWNSEND *et al.*, 2014).

Ao longo de todas essas décadas, a prática cirúrgica evoluiu com mudanças repentinas e algumas vezes imprevistas. A cirurgia, conhecida como “Arte e Ciência”, sofreu uma verdadeira revolução e muitos avanços nos últimos 50 anos. Essa realidade atualmente é representada pelo transplante de órgãos e tecidos, em paralelo aos grandes avanços em diversos campos do saber e aliada à grande evolução na tecnologia cirúrgica e das pesquisas (BEDIN *et al.*, 2004; REZENDE, 2009; MACIEL, 2014).

## **3.2. Enfermagem perioperatória**

### **3.2.1. A enfermagem na prática cirúrgica**

No capítulo anterior, nota-se que os cuidados prestados ao paciente cirúrgico, especificamente o preparo para cirurgia, foram modificados ao longo dos tempos. Durante a evolução das práticas de saúde, o papel dos cuidados dos enfermos foi assumido por mulheres, religiosos, feiticeiros e outros, surgindo desses cuidados, mais tarde, a enfermagem. As mulheres, responsáveis por cuidar dos feridos e idosos, também realizavam as tarefas relativas ao nascimento e ao cuidado com crianças (OGUISSO, 2005).

Neste contexto, nascem as práticas de cuidar, antes caracterizadas como ocupação doméstica e voltadas ao atendimento dos enfermos, idosos e crianças. As mulheres desenvolviam esta atividade como expressão da cultura e como reflexo da divisão social do trabalho (LADDEN, 1997; GEOVANINI *et al.*, 2005).

Para a enfermeira francesa Françoise Collière (1989), a evolução histórica da saúde foi muito influenciada pela enfermagem, embora em grande parte dos séculos fosse difícil identificar os cuidados pertinentes à profissão, devido aos conhecimentos incipientes ainda, mas em ascensão. Inicialmente, estas práticas

eram ligadas ao nascimento e cuidados de crianças e de doentes, além da atenção à alimentação e higiene. Relacionando essa evolução ao procedimento cirúrgico, cuidados específicos foram sendo aos poucos implementados aos pacientes, antes e após as cirurgias.

Na Idade Moderna, grande parte das cirurgias era realizada no domicílio dos pacientes, sendo necessário selecionar o quarto, preparar o local, promovendo um ambiente limpo e organizado. Entre os cuidados, estavam os banhos de sol e cuidados com a higiene, uma alimentação reforçada e repouso por determinados períodos para o preparo físico, além de acalmar o paciente que, muitas vezes, estava com medo. Tais tarefas eram executadas pelas mulheres (TEIXEIRA, 2005; REZENDE, 2009).

Aos poucos, a enfermagem começava a surgir, a ser organizada, abrindo espaço dentre os cuidados aos doentes cirúrgicos. A participação de Florence Nightingale corroborou para esse surgimento. Sua preocupação com o ambiente, com a necessidade de luz, de ar fresco, de silêncio e, principalmente, de higiene para recuperação dos pacientes, foi instrumentalizando a prática antes empírica. Seus estudos e intervenções colaboraram diretamente para formação da enfermagem enquanto profissão (OGUISSO, 2005).

Por muito tempo, as ações de enfermagem em centro cirúrgico eram baseadas na preparação de um ambiente seguro, confortável e limpo para a realização da operação. Na década de 1960, a enfermagem baseava-se no atendimento às solicitações da equipe médica e às ações de previsão e provisão de produtos para saúde para o desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico (FONSECA & PENICHE, 2009). Após este período, houve um intenso desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e instrumentais, o que tornou as cirurgias mais complexas, desencadeando no enfermeiro a necessidade de uma fundamentação científica que o embasasse e que lhe desse identidade. A assistência no centro cirúrgico vem de constante evolução e tem se tornado cada vez mais complexa e essencial para a segurança e a qualidade (CENEVIVA *et al.*, 2008; CHRISTÓFORO e CARVALHO, 2009; FONSECA e PENICHE, 2009).

Pesquisas em enfermagem têm sido desenvolvidas e conduzidas com foco na preparação pré-operatória e na recuperação pós-operatória. Quanto ao pré-operatório, grande parte das pesquisas envolve a importância da realização da visita pré-operatória de enfermagem com orientações e avaliação do estado emocional.

Tais medidas são reconhecidas como fundamentais para o paciente ser encaminhado ao CC de forma segura, com uma assistência integral e de qualidade (FONSECA& PENICHE, 2009; CAMPOS *et al.*, 2015).

As pesquisas realizadas são alicerce para as conquistas da enfermagem cirúrgica, que atualmente alcançou reconhecimento. Hoje o enfermeiro é um profissional que estabelece um elo entre a equipe multiprofissional e o paciente, assumindo ainda a responsabilidade do preparo do paciente para cirurgia (CHRISTÓFORO& CARVALHO, 2009; CAMPOS *et al.*, 2015).

### 3.2.2. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) foi proposta como ação de enfermagem a partir de 1985, e desde então vem em constante evolução e mudanças. Tem como premissa básica operacionalizar os conceitos de uma assistência de enfermagem integral, individualizada, continuada, sistematizada, participativa, documentada e avaliada, além de adequar normas, rotinas e condutas para a segurança e a qualidade (SILVA *et al.*, 2009; FONSECA e PENICHE, 2009; SENA e NASCIMENTO, 2013).

A SAEP é composta por três fases: pré-operatória, que compreende o momento antes da cirurgia; transoperatória, o ato cirúrgico propriamente dito; e a pós-operatória, até 30 dias após a cirurgia. Tais fases são caracterizadas por uma sequência de eventos que constituem a experiência cirúrgica, e cada uma abrange uma gama de atividades que o enfermeiro realiza usando o processo de enfermagem. Este é composto por cinco fases inter-relacionadas, quais sejam: coleta de dados; diagnósticos de enfermagem; planejamento; implementação e avaliação (FONSECA& PENICHE, 2009; BACKES& SCHWARTZ, 2012; SOBECC, 2013).

Há de se considerar que cada um desses momentos perioperatórios é representado por movimentos emocionais como anseios, dúvidas e medo, intimamente ligados às experiências e expectativas vivenciadas pelo paciente, mas, particularmente, marcados pela forma com que a pessoa elabora essas vivências. Nesse sentido, à medida que essas condições se elevam e se somam à tensão, estresse, ansiedade ou outras ações adversas do estado emocional, o paciente

sofre interferências em seu organismo que podem prejudicar o processo anestésico-cirúrgico (SEBASTIANI& MAIA, 2005, OLIVEIRA& EVANGELISTA, 2012).

Dentre as alterações emocionais, a ansiedade compõe um dos Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), definida como

um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autônoma; sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (NANDA, 2015; p. 326).

Desse modo, cabe ao enfermeiro diagnosticar esse estado e intervir para reduzir a ansiedade das pessoas que enfrentam o período pré-operatório. Informações sobre o evento cirúrgico são úteis para minimizar a ansiedade e as complicações pós-operatórias, assim como contribuem para a participação ativa do paciente no processo saúde-doença (SILVA *et al.*, 2009; PIVOTO *et al.*, 2010; OLIVEIRA& EVANGELISTA, 2012; MATTHIAS&SAMARASEKERA, 2012).

Cabe destacar que grande parte destas emoções está relacionada à falta de informação sobre os acontecimentos que sucedem a cada uma das fases da cirurgia. Sob esta perspectiva, a visita pré-operatória de enfermagem desponta como um importante instrumento para provocar mudanças. Ela pode diminuir os riscos aos quais os pacientes estão expostos, na medida em que identifica seu grau de ansiedade e dúvidas, além de avaliar as condições sob as quais o paciente está sendo encaminhado ao centro cirúrgico (COSTA *et al.*, 2010; RENOUF, 2014; ORTIZ, 2015).

A visita pré-operatória, primeira parte da SAEP, gera impacto positivo ao paciente cirúrgico, permite o alcance da integralidade no atendimento, uma vez que é amparada às teorias do holismo e do autocuidado. Estudos demonstram que pacientes submetidos à orientação pré-operatória reagem de forma diferenciada a esse momento (COSTA, 2010; RENOUF, 2014; GONCALVES, 2016). Isto permite afirmar que, sob a ótica do cuidado humanizado, o enfermeiro deve utilizar como ferramenta a orientação pré-operatória, em linguagem clara, respeitando o limite de conhecimento e cultura. De maneira que ele compreenda e seja respeitado como pessoa única, a fim de assegurar a sua integridade como ser humano, promovendo-lhe a participação no plano terapêutico proposto, que o fará aceitar emocionalmente

melhor esta experiência (COSTA, 2010; FRIAS, 2010; ARAÚJO, 2012; ZHANG, 2012; BACKES, 2012; SANTOS, 2014; RENOUF *et al.*, 2014).

Estudos de Matthias (2012) e Renouf (2014) afirmam que os pacientes, ao receberem informações acerca das possíveis sensações incômodas e sobre o procedimento anestésico-cirúrgico, reagem melhor a esse momento, apresentando uma recuperação mais rápida e ainda são capazes de estabelecer uma relação de confiança com a equipe multiprofissional.

O investimento neste domínio da prática clínica ainda se revela escasso, quer pela inexistência de uniformização de procedimentos e de protocolos de preparação pré-operatória, quer pela complexidade da área/componente dos estados emocionais do paciente, exigindo uma valorização e intervenção mais ativa da equipe de enfermagem (FRIAS *et al.*, 2010; BACKES & SCHWARTZ, 2012; MATTHIAS & SAMARASEKERA, 2012; MELO *et al.*, 2014).

A avaliação pré-operatória ganha, neste contexto um espaço fundamental, devendo começar pelo contato entre o enfermeiro/doente e ser contínua ao longo de todo o processo cirúrgico. Deve ser uma avaliação holística e que reflita as necessidades fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais do doente, de forma a uniformizar procedimentos ou instituir protocolos de atuação (PASSOS, 2009; FRIAS, 2010; MELO *et al.*, 2014).

Sob esta perspectiva, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, nº 7.498/86, estabelece formalmente as atividades do enfermeiro, sendo este o profissional com a prerrogativa de condução da equipe de enfermagem, bem como o responsável pelas ações de planejamento, assistência de enfermagem, dentre outras (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1986). Ainda a Resolução nº 311/07/COFEN, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e fornece informações necessárias para a prática segura da enfermagem, dispõe sobre o dever da enfermagem, “assegurar à pessoa, família e coletividade uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”. Essa resolução traz ainda, como, responsabilidades e deveres do enfermeiro em seu artigo 41: “prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas e necessárias para a continuidade da assistência” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Essas informações corroboram com a Resolução nº 358/09/COFEN, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é

operacionalizada por meio do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes públicos e privados, nos quais ocorre o cuidado profissional de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). No art. 6º, a Resolução prevê que “a execução do PE deve ser registrada formalmente”, o que elucida a obrigatoriedade do enfermeiro de documentar toda a sua prática, pois este é um recurso necessário para a qualificação da assistência (BORSATO & ROSSANEIS, 2011).

A resolução nº 429/12/COFEN, estabelece no art. 1º que:

é responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento de processos de trabalho, necessários para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012, p.2)

Apesar do estabelecido pela Lei do Exercício Profissional, os enfermeiros ainda não congregam a importância da visita pré-operatória, com a finalidade de levantar indicadores para a SAE e qualificar o processo de trabalho da equipe de enfermagem em conformidade aos princípios da segurança cirúrgica (FONSECA & PENICHE, 2009; BACKES & SCHWARTZ, 2012).

Sob esta perspectiva, a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico com ênfase nos aspectos emocionais será concretizada mediante o desenvolvimento das atividades de enfermagem planejadas e implementadas desde a recepção do paciente no hospital até sua alta. Mas, para tanto, se faz necessária a identificação dos problemas e diagnósticos de enfermagem, especialmente através da visita pré-operatória de enfermagem, que possibilita o reconhecimento de vários aspectos emocionais que poderão influenciar a resposta do paciente ao procedimento cirúrgico (SEBASTIANI & MAIA, 2005; PICCOLI *et al.*, 2007; SANTOS, 2009; OLIVEIRA & EVANGELISTA, 2012; MELO *et al.*, 2014).

### 3.2.3. Segurança do paciente cirúrgico e ansiedade

Está claro que o momento que antecede a cirurgia é impactante sobre a saúde do paciente, interferindo consideravelmente no desenvolvimento do processo operatório. É importante dizer, ainda, que a ansiedade pré-operatória desenvolvida frente ao momento anestésico-cirúrgico o torna ainda mais desafiador para oferecer uma assistência segura e de qualidade (SANTOS *et al.*, 2014).

A preocupação com a segurança do paciente teve seu marco mundial após os dados publicados no livro *To err is human: building a safer health care system*, do *Institute of Medicine*, em 2000, e os relatórios do *Committee on Quality of Health Care in America*. Esses dados apontaram que, nos Estados Unidos da América, aproximadamente 98.000 pessoas morrem anualmente em decorrência de erros associados à assistência à saúde(KOHN *et al.*, 2000).

A *World Health Organization* estima que um em cada dez pacientes no planeta é vítima de erros ou eventos adversos evitáveis durante a assistência. Além disso, alerta para o fato de que receber atendimento em qualquer hospital do mundo é mais arriscado do que viajar de avião. A probabilidade de óbito em decorrência do atendimento em saúde é de 1 (uma) em 300; já o risco de um passageiro morrer numa viagem aérea é de cerca de 1 (um) em 10 milhões. Essas evidências impactaram o cenário da saúde mundial, alarmando a comunidade científica, organizações governamentais e não governamentais(OMS, 2008).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde (OMS, 2009).Concomitantemente, a *Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations* (JCAHO), o *Centers for Medicare & Medicaid Services* e outras organizações também lançaram programas objetivando promover a segurança do paciente e minimizar a ocorrência de erros(AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2004).

Essa realidade impulsionou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente a buscar alterações nesse panorama fatídico, difundindo no período de 2007-2008 o segundo Desafio Global, com ênfase na segurança cirúrgica nos serviços de saúde. Esse desafio primou pela prevenção de infecções no sítio cirúrgico, pela anestesia segura, por equipes cirúrgicas seguras e pela implantação de indicadores da assistência cirúrgica(ANVISA, 2011;OMS, 2009).

No Brasil, a preocupação com os impactos dos erros na assistência cirúrgica está, desde então, em ênfase. Estudos mostram que unidades cirúrgicas tem uma fragilidade na comunicação entre os profissionais e pacientes, sendo citada como um dos fatores contribuintes para os erros (REIS, 2010; FRANCE, 2010; RIGOBELLO, 2012; GEBRIM, 2016).

Uma forma de oferecer uma assistência cirúrgica segura é a visita pré-operatória de enfermagem, pois tem finalidade de preparar o paciente. Essa ferramenta deve ser adaptada à necessidade de cada paciente, com esclarecimentos e orientações em relação à cirurgia; interação e comunicação; minimização da ansiedade do paciente e de sua família; e busca pela satisfação do paciente. Ela é, assim, capaz oferecer um percurso do pelo perioperatório seguro e não traumático (MENDES, 2005; FRIAS *et al.*, 2010).

Assim, entende-se que o enfermeiro tem um papel crucial frente à segurança do paciente cirúrgico, pois tem a responsabilidade de orientar o paciente e prepará-lo para o procedimento, uma vez, que tem a oportunidade de conhecê-lo e estabelecer um vínculo de segurança, levantando seus problemas e necessidades fornecendo-lhe informações que certamente contribuirão para minimizar seus medos e inseguranças (COSTA *et al.*, 2010).

Prevenir a ansiedade e minimizar seu impacto na vida dos pacientes tem relação direta com uma cultura de segurança, sendo internacionalmente instituída em todos os âmbitos hospitalares. Os profissionais da área da saúde devem se apropriar dessa busca pelo conhecimento, pois a preocupação quanto à ansiedade perpassa o momento pré-operatório, levando a diversas repercussões nos pacientes e suas famílias. Faz-se necessário também um investimento das instituições de saúde para minimizar este impacto, propondo e implementando estratégias, e contribuindo para a instituição da cultura de segurança perioperatório (ASCARI *et al.*, 2013).

### **3.3. Ansiedade e seu reflexo sobre o paciente cirúrgico**

A necessidade de ser submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico implica numa sobrecarga emocional aos pacientes, decorrente de uma variedade de fatores, dentre os quais se incluem o risco à vida, perdas funcionais, prejuízos econômicos por inatividade e despesas extras, postergação de planos e afastamento da família (CENEVIVA & CASTRO E SILVA JR; 2008; GUO *et al.*, 2012).

A cirurgia gera um intenso desconforto emocional, no qual o indivíduo tem o seu futuro incerto, evidenciando sentimento de impotência, isolamento, medo da morte, da dor, da incapacidade e das mudanças na imagem corporal. Soma-se a

isso o fato de que a cirurgia, por si só, pode alterar a imagem corporal do paciente, levando-o a desenvolver dificuldades de adaptação e produzir um déficit na relação do sujeito no mundo, e do sujeito-mundo, traduzindo-se no plano da motricidade, da percepção e da relação com o outro (SEBASTIANI & MAIA, 2005; WEST *et al.*, 2014; ORTIZ *et al.*, 2015).

SANTOS *et al* (2002) descrevem em estudo que, no centro cirúrgico, o paciente frequentemente é assistido de forma mecânica, impessoal e seus problemas de natureza psicológica ou mesmo social muitas vezes são ignorados, sendo-lhe prestada uma assistência fragmentada. No que concerne ao aspecto psicológico, a ansiedade e o medo são sentimentos que surgem de forma instintiva diante de uma situação geradora de ameaças, servindo como forma de auto-regulação. Porém deve ser levada em consideração a intensidade deste sentimento, que poderá impulsionar o sujeito a uma paralisação e, em alguns casos, até à desistência do procedimento cirúrgico, bem como da continuidade do tratamento (DIAS & AQUINO, 2014; THOMPSON *et al.*, 2014).

A ansiedade é um estado capaz de levar alterações metabólicas e de neurotransmissores sinápticos, os quais secretam substâncias. Essa reação de estresse ocasionada pela ansiedade leva um estímulo do sistema nervoso central, do sistema endócrino e do sistema imunológico, levando a glândula pituitária a secretar hormônio da corticotrofina. Essa reação causa uma secreção de glicocorticóides, e efeito imunossupressor. Assim, há depressão do sistema imunológico através da hiperativação do eixo hipotálamo-hipófise, aumentando a vulnerabilidade a doenças e, conseqüentemente, o risco de complicações pós-cirúrgicas (RAMOS *et al.*, 2008; YILMAZ *et al.*, 2012).

Somado a isso, a ansiedade pode ser acompanhado por reações fisiológicas tais como: taquicardia, hiperventilação, aumento da pressão arterial, sudorese e tremor. E reações cognitivas como alteração do fluxo de pensamentos, ausências (brancos) e ainda reações comportamentais, nas quais o indivíduo inicia uma série de atividades e não consegue terminá-las, ou quando o indivíduo demonstra intensa agitação, ou ainda quando paralisa e não consegue prosseguir suas atividades (D'EL REY, 2005; GUO *et al.*, 2012).

O ónus dos estados emocionais como a ansiedade e o medo na pessoa que vai realizar uma cirurgia é indiscutível, uma vez que se trata de um acontecimento crítico. Estudos apontam dificuldades como por exemplo: de estabelecer um acesso

venoso, necessidade de maiores doses de anestésicos e outros fármacos durante cirurgia. No período pós-operatório, a ansiedade tem sido correlacionada à dor, náuseas e vômitos, ao retardo na recuperação (MARCOLINO *et al.*, 2007; APÓSTOLOS *et al.*, 2011; THOMPSON *et al.*, 2014).

Nesse sentido, o procedimento cirúrgico é visto como um evento estressante, capaz de provocar mudanças permanentes nas funções corporais, inseguranças e alterações na qualidade de vida. Em relação a isto, destaca-se o fato de a ansiedade e a insegurança pré-cirúrgicas, causadas pela expectativa do sofrimento ou morte, serem muito frequentes e manifestarem-se em emoções, fantasias, atitudes e comportamentos que, por muitas vezes, prejudicam o desenvolvimento da prática médica e do ato cirúrgico. É necessário, portanto, que sejam observadas e trabalhadas de forma constante, tendo em vista a manutenção da qualidade da assistência ao paciente (MATOS *et al.*, 2004; WEST *et al.*, 2014; RENOUF *et al.*, 2014; ORTIZ *et al.*, 2015).

Variáveis relacionadas ao aparecimento desta ansiedade podem ser as demográficas, história clínica, de personalidade, psico-ermocionais, cognitivas, afetivas e interacionais, a relação médico-paciente e a própria experiência prévia de hospitalização (GARCIA *et al.*, 2004; YILMAZ *et al.*, 2012; DIAS& AQUINO, 2014; ORTIZ *et al.*, 2015).

Nesse sentido, destaca-se que, entre os principais fatores desencadeantes de ansiedade, estão: a percepção antecipada de dor e desconforto; espera passiva pelo início do procedimento; separação da família e sentimentos de abandono; possível perda, mesmo que temporária, de autonomia; medo da morte, de sequelas, do procedimento de anestesia e do risco de alta prematura; e o procedimento cirúrgico como um todo (COSTA JUNIOR *et al.*, 2012).

Tais reações podem ser mensuradas por meio da utilização de escalas, tais como a escala de ansiedade de Hamilton, o Inventário de Beck de Ansiedade (BAI), Escala Hospitalar de Ansiedade e depressão (HADS). Todas avaliam a ansiedade do paciente em determinados momentos, como antes de cirurgias, durante internações e realização de exames. Em pacientes cirúrgicos tem sido utilizada com sucesso e vários estudos comprovam sua eficácia. As escalas contribuem para delinear os níveis de ansiedade do paciente cirúrgico e possibilitar a elaboração das intervenções da equipe de saúde, pensando no estado de ansiedade do paciente em dados momentos (FIORAVANTI, 2006; MATTHIAS e SAMARASEKERA, 2012).

## 4. MATERIAL E MÉTODO

### 4.1. Delineamento

Esta dissertação é o apresentada na “modalidade de artigos”, seguindo uma das propostas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e, como tal, os artigos apresentados têm tipologias diferenciadas, quais são:

- Estudo de delineamento transversal, analítico (POLIT *et al*, 2004).
- Estudo de coorte para verificar a manutenção do desfecho em investigação (POLIT *et al*, 2004).

### 4.2. Local do Estudo

O estudo foi realizado em um hospital público Goiânia-GO, Brasil, por se tratar de campo de ensino, pesquisa e extensão de cursos universitários e de nível médio da área de saúde. Os setores envolvidos foram as clínicas de internação cirúrgica do hospital.

A clínica cirúrgica é responsável por receber a maioria dos pacientes cirúrgicos. Contudo, outras unidades de internação possuem leitos cirúrgicos, sendo elas: a clínica de ortopedia eletiva, na qual são atendidos pacientes ortopédicos (exceto os de cirurgia de coluna), de traumatologia e aqueles submetidos a cirurgia plástica; a clínica tropical, na qual são internados os pacientes da cirurgia de coluna; e o Pronto Socorro, no qual também são internados pacientes cirúrgicos de várias especialidades. A pediatria também possui uma enfermaria destinada à cirurgia pediátrica, que, no entanto, não fez parte deste estudo(<http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufg>).

Fundado em 23 de fevereiro de 1962, o hospital do estudo é considerado o centro de referência da região Centro-Oeste para o atendimento de média e alta complexidade de pacientes do Sistema Único de Saúde, atuando nos níveis assistenciais quaternário, terciário, secundário e primário (<http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufg>).

A instituição do campo em estudo possui 360 leitos de internação, sendo 145 leitos destinados à assistência ao paciente cirúrgico, um centro cirúrgico constituído por 11 salas operatórias e uma sala de recuperação pós-anestésica. No hospital, são realizadas aproximadamente 6.000 cirurgias por ano. Na unidade cirúrgica são atendidas as especialidades de cirurgia torácica, bucomaxilofacial, cirurgia vascular, neurocirurgia, cirurgia cardíaca, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia geral, ginecologia, otorrinolaringologia, coloproctologia, urologia e mastologia(<http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufg>).

#### **4.3. População e Amostra**

A população foi constituída por pacientes em pré-operatório de cirurgia eletiva, internados nas unidades cirúrgicas do hospital local do estudo.

Para o cálculo amostral, utilizou-se o software *G.Power* 3.1.9.2, que considerou o tipo do estudo transversal para comparação de proporções, erro absoluto de 5% e efeito do delineamento de 0,1, determinando um poder de teste de 86% e composição de uma amostra de 200 pacientes.

#### **4.4. Critérios de elegibilidade**

Foram elegíveis para o estudo pacientes acima de 18 anos, com cirurgia programada (eletiva), lúcidos, verbalizando e em condições clínicas e físicas para participar da pesquisa.

Os pacientes em uso de medicação ansiolítica, submetidos a cirurgias de emergência e classificados na avaliação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) maior ou igual a quatro foram excluídos, além dos pacientes ausentes do leito de internação informado na programação cirúrgica.

#### **4.5. Coleta de Dados**

A coleta dos dados foi realizada no período junho a setembro de 2016, de segunda a sexta-feira, nos períodos vespertino e noturno, das 17h às 19h30min, nas unidades que internam os pacientes cirúrgicos. O horário da coleta foi determinado pela programação cirúrgica (mapa cirúrgico) do dia seguinte, elaborada diariamente

pelo enfermeiro gerente do centro cirúrgico, a partir das 13h e disponibilizado às unidades cirúrgicas após as 16h.

Com o mapa cirúrgico em mãos, foi possível verificar as informações dos pacientes do estudo, ou seja, os nomes, idades e o número de prontuário dos pacientes, especialidade, cirurgia programada e horário, unidade e leito de internação, cirurgião e anestesista.

A partir dessas informações, foi realizada uma triagem verificando os critérios de inclusão e exclusão e a conferência dos pacientes que já estavam internados no leito correspondente no mapa. Essa conferência ocorreu devido ao fato de que nem todas as equipes cirúrgicas internam na véspera da cirurgia. Alguns pacientes são internados momentos antes da cirurgia ou até mesmo diretamente no centro cirúrgico. Os que não estavam internados na véspera da cirurgia e/ou estavam fora do leito para exames ou outro motivo, quando procurados por duas vezes sem sucesso, foram excluídos do estudo.

Os pacientes foram abordados na unidade de internação no seu respectivo leito, no período de até 36 horas antecedentes à cirurgia. Inicialmente, foram informados sobre os objetivos do estudo e convidados a participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que todos aceitaram participar da pesquisa.

Em seguida, foram realizadas as entrevistas, nas quais foram aplicados os instrumentos de coleta de dados, com duração média de 30 minutos.

Cabe comentar que a rotina de assistência de enfermagem e médica no hospital do estudo não conta com um protocolo de orientações ou visita pré-operatória. Portanto, cabe aos profissionais individualmente a atitude de orientar e preparar os pacientes para a cirurgia, tanto física como emocionalmente.

A equipe de coletadores de dados contou, além da pesquisadora, com a participação de nove alunos de iniciação científica e duas mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG), vinculados ao Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Segurança do Trabalhador e Usuários dos Serviços de Saúde da Faculdade de Enfermagem (NUGESTUS/FEN/UFG). Todos passaram por uma qualificação teórico-prática, realizado pela pesquisadora, com duração de seis horas, e foram supervisionados durante todas as etapas da coleta de dados.

## 4.6. Variáveis do estudo

### 4.6.1. Variável dependente:

- Ansiedade leve, moderada e grave – mediante aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton.
- Ansiedade autorrelatada na admissão do centro-cirúrgico.

### 4.6.2. Variáveis independentes:

- Tempo de internação; especialidade cirúrgica; Idade; escolaridade; estado civil; sexo; cidade de moradia; situação de trabalho; religião; tabagismo; etilismo; cirurgias prévias; doenças crônicas; dor; conhecimento da cirurgia e da anestesia; medos; orientações para cirurgia e sentimentos na admissão do centro cirúrgico.

## 4.7. Instrumentos de Coleta de Dados

Os instrumentos da pesquisa incluíram: *Instrumento estruturado com questões sociodemográficas e clínico-cirúrgicas (Apêndice A); Escala de ansiedade Hamilton (Anexo A), Escala numérica de dor (Anexo B) e Ficha de admissão do centro cirúrgico (Anexo C).*

O primeiro instrumento foi elaborado pelas pesquisadoras e apreciado por três *experts* com domínio na temática. Esse instrumento contemplou as variáveis sociodemográficas, clínicas, cirúrgicas e informações relacionadas ao pré-operatório.

Para avaliar a ansiedade pré-operatória, foi utilizada a Escala de Ansiedade de Hamilton. Trata-se de uma escala elaborada em 1959, mas amplamente utilizada até hoje. É composta por 14 itens, e cada item obtém até quatro pontos (0 = nenhum e 4 = máximo). A escala possui dois grupos de sete itens: o primeiro é relacionado aos sintomas de humor ansioso (1-Humor ansioso, 2-Tensão, 3-Medos, 4-Insônia, 5-Intelectual-cognitivo, 6-Humor deprimido, 7-Comportamento na entrevista); o segundo grupo relaciona-se aos sintomas físicos de ansiedade (1-Somatização motoras, 2-Somatização sensoriais, 3-Sintomas cardiovasculares, 4-Sintomas respiratórios, 5-

Sintomas gastrointestinais, 6- Sintomas geniturinários, 7-Sintomas Autonômicos). O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos a todos os 14 itens da escala, cujo resultado pode variar de 0 a 56. De zero a 17, considera-se ansiedade normal; de 18 a 24, ansiedade leve; de 25 a 29, ansiedade moderada; e >30, ansiedade severa (HAMILTON, 1959).

A Escala de Ansiedade de Hamilton foi aplicada a todos participantes, por um mesmo membro da equipe de pesquisadores, em conformidade com o rigor científico-metodológico.

A Escala Numérica de Dor consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, apresentada ao paciente tanto na horizontal como na vertical. Essa escala mede a equivalência referida pelo paciente com relação à intensidade da dor percebida por ele, por meio de uma classificação numérica, de 0 a 10. O valor zero corresponde à classificação “Sem Dor” e o valor dez corresponde a “Dor Máxima” (SOUSA, 2010).

A ficha de admissão do centro-cirúrgico é preenchida por um profissional de enfermagem e arquivada no prontuário do paciente. É composta por questões da avaliação do estado psicoemocional; do preparo pré-operatório; da documentação recebida e algumas questões sobre exame físico. No preenchimento é considerado o auto relato do paciente e dados da documentação hospitalar e exames do paciente. Foram utilizados no estudo apenas os dados preenchidos na ficha das questões psicoemocionais, coletados em prontuário, após a cirurgia.

#### **4.8. Estudo Piloto**

O estudo piloto foi realizado nos meses de março e maio de 2016, com 30 pacientes em pré-operatório na unidade de clínica cirúrgica da instituição do estudo. Esta etapa objetivou avaliar a operacionalização das estratégias de coleta de dados e a adequação dos instrumentos. Os dados obtidos nesta etapa não foram incluídos na pesquisa.

Durante a realização do teste piloto, foram testadas três escalas: *Escala de Ansiedade de Beck*, *Escala de Ansiedade de Hamilton* e *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)*, cada qual testada em 10 pacientes. A finalidade era encontrar a escala que melhor se adaptasse à realidade da população estudada.

A escala de maior compreensão pela população do estudo foi a Escala de Ansiedade de Hamilton, sendo então instituída para o estudo.

#### **4.9. Aspectos Ético-Legais**

O presente estudo está inserido num projeto matriz, intitulado: “Assistência de enfermagem no perioperatório: foco na segurança do paciente”, aprovado pelo CEP, Número do Parecer:1.685.138-2016. A aprovação se encontra no Anexo D. Os pacientes elegíveis para a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no Apêndice B, após esclarecimentos sobre os objetivos, o caráter voluntário da participação, a garantia do anonimato e do direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo e ou constrangimento, em conformidade determinações da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

#### **4.10. Organização e análise dos dados**

Realizou-se análise descritiva dos dados, expressa em frequências absoluta e relativa. E analítica, utilizando o Teste de qui-quadrado de Pearson para verificar associação entre as variáveis independentes e os desfechos, com nível de significância de 5%. A Razão de Prevalência (RP) foi avaliada por meio da Regressão de Poisson bruta e ajustada. As variáveis que apresentaram  $p \leq 0.20$  na análise bruta, foi realizado a análise multivariada, o modelo final ajustado, considerando significativa com  $p < 0,05$ .

## 5. RESULTADOS

Os dados gerados nessa investigação foram organizados para divulgação nos meios acadêmicos, na forma de dois artigos científicos.

**Artigo 1:** Prevalência de ansiedade em pacientes cirúrgicos hospitalizados.

**Autores:** Lorena Morena Rosa Melchior e Dra. Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto.

**Revista:** Revista Latino-Americana de Enfermagem.

**Situação:** Em avaliação pela revista.

**Artigo 2:** Preditores para ansiedade pré-operatória moderada e grave em pacientes cirúrgicos hospitalizados

**Autores:** Lorena Morena Rosa Melchior e Dra. Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto.

**Revista:** Revista Brasileira de Enfermagem.

**Situação:** Em avaliação pela revista.

## Artigo1

### **PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE EM PACIENTES CIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS**

#### **RESUMO**

Objetivo: Analisar a prevalência de ansiedade em pacientes cirúrgicos hospitalizados. Método: Estudo transversal analítico com uma posterior coorte. A população foi constituída de pacientes cirúrgicos hospitalizados e amostra de 200 pacientes, após o devido cálculo amostral. Para análise, utilizou-se o Teste de Qui-quadrado de Pearson e a Regressão de Poisson bruta e ajustada. Resultados: A ansiedade foi detectada em 53,0% dos pacientes avaliados, e 67,0% (n=71) apresentou nível de ansiedade leve, seguida por moderada 24,5% (n=26) e grave 8,5%; (n=9). O perfil dos ansiosos foi formado por pacientes na faixa etária entre 50 a 69 anos (40,6%/ n=43), mulheres (52,0%/n=55), baixa escolaridade (56,6%/ n=60) casados (57,5%/n=61), moradores do interior do estado de Goiás (51,0%/n=54), em casas cujo provedor era único (54,8%/n=58), trabalhadores informais/desempregados (58,4%/n=62), não tabagistas/etilistas, (83,0%/n=89 e (81,1%/n=86, respectivamente); com menos de 24 horas de internação, (66,0%/n=70); com experiência cirúrgica prévia (74,5%/n=79); sem doenças crônicas (60,3%/n=64) e sem dor no pré-operatório (67,9%/n=72). Conclusão: A ansiedade pré-operatória foi detectada em 53,0% dos pacientes, a maioria de nível leve. Os fatores mais comuns que levaram à ansiedade foram o medo da morte e de erros da equipe cirúrgica, além do medo e desconhecimento sobre a anestesia entre os pacientes ansiosos.

Descritores: Enfermagem; Ansiedade; Cirurgia; Período perioperatório.

#### **INTRODUÇÃO**

O procedimento anestésico-cirúrgico pode ser um desencadeador de ansiedade para os pacientes, seja pelos medos e preocupação acerca dos resultados, possíveis eventos adversos, dor pós-operatória, ou pelo afastamento familiar e perda de autonomia (SAMPAIO *et al.*, 2013; GONÇALVES & MEDEIROS, 2016).

A ansiedade é uma reação emocional transitória desagradável caracterizada por sentimentos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, apresentada por 60% a 80% dos pacientes cirúrgicos (AGARWAL *et al.*, 2005; AYKENT *et al.* 2007; PERKS *et al.* 2009; YILMAZ *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2012; GONÇALVES & MEDEIROS, 2016).

O paciente ansioso no pré-operatório apresenta maior dificuldade de acesso venoso, rigidez da mandíbula durante a indução da anestesia, flutuações autonômicas e hemodinâmicas, e necessidade de maiores doses de anestésicos e outros fármacos. No período pós-operatório, a ansiedade tem sido correlacionada a dor, náuseas e vômitos, ao retardo na recuperação e conseqüente aumento do risco de infecção (PERKS *et al.* 2009; YILMAZ *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2012).

Enfermeiros que atuam no perioperatório são capazes, por meio da visita pré-operatória, de reduzir a ansiedade e o medo, e ainda atenuar o impacto deles na vida dos pacientes. Podem ainda aumentar as habilidades de autocuidado e a adesão do paciente ao plano terapêutico, favorecer um bom prognóstico para cirurgia e oferecer assistência de enfermagem de qualidade. A visita pré-operatória constrói uma relação de confiança entre a equipe e o paciente, por meio do ensino sobre o processo e a preparação ideal para a cirurgia. Deve ser incluída em políticas institucionais dentro do escopo dos padrões de qualidade e segurança do paciente (YILMAZ *et al.*, 2011; RENOUF *et al.*, 2014; GURSON, 2016).

Administrar o impacto da ansiedade pré-operatória é um desafio no atendimento a pacientes cirúrgicos. Acredita-se que a ansiedade seja influenciada pela cultura e pela qualidade da assistência oferecida em cada instituição. Conhecer a prevalência e o perfil do paciente com ansiedade pré-operatória permite a promoção de uma assistência diferenciada, a comparação com outras realidades e o compartilhamento de intervenções, de forma a contribuir com a segurança do paciente.

## **OBJETIVO**

Analisar a prevalência de ansiedade em pacientes cirúrgicos hospitalizados.

## **METODOLOGIA**

Esse estudo é de delineamento transversal, analítico. Posteriormente, foi formada uma coorte de todos os indivíduos para verificar a manutenção do desfecho em investigação.

A população foi constituída de pacientes com cirurgias programadas, internados em um hospital universitário de grande porte da região centro-oeste do

Brasil. Após o cálculo amostral, utilizando o software *G.Power*, considerando o tipo do estudo, erro absoluto de 5%, efeito do delineamento de 0,1 e um poder de teste de 86%, a amostra necessária foi de 200 pacientes. Os critérios de inclusão foram indivíduos com a faixa etária a partir de 18 anos, classificados segundo a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) <IV, lúcidos, verbalizando e em condições clínicas para a entrevista.

O desenvolvimento do estudo atendeu integralmente à Resolução 466/2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Parecer: 1.685.138).

Os dados foram coletados de junho a setembro de 2016. Os pacientes foram entrevistados no período pré-operatório com antecedência de até 36 horas da cirurgia, com média de 30 minutos de duração, à beira leito. Posteriormente foi analisada a ficha de admissão transoperatória para avaliação da ansiedade autorrelatada pelo paciente no centro cirúrgico.

Os instrumentos de coleta de dados foram: *Instrumento estruturado sociodemográfico e clínico-cirúrgico*; *Escala de ansiedade Hamilton*; *Escala numérica de dor* e *Ficha de admissão do centro cirúrgico*.

A *Escala de Ansiedade de Hamilton* foi elaborada em 1959 e até hoje é amplamente utilizada. É composta por 14 itens de quatro pontos (0 = nenhum e 4 = máximo) e possui dois grupos com sete itens cada, sendo o primeiro relacionado aos sintomas de humor ansioso (1 ao 7) e o segundo aos sintomas físicos de ansiedade (8 ao 14). O escore total é obtido pela soma valores (graus) atribuídos aos 14 itens, cujo resultado pode variar de 0 a 56, sendo de zero a 17, ansiedade normal; 18 a 24, ansiedade leve; 25 a 29, ansiedade moderada e 30 ou mais, ansiedade severa (HAMILTON, 1959).

A *Escala numérica de dor* consiste numa régua numerada de 0 a 10, apresentada ao paciente na horizontal e na vertical, que mede a intensidade da dor percebida, na qual o valor zero é “Sem Dor” e 10 a “Dor Máxima” (SOUSA *et al*; 2010).

A *Ficha de admissão do centro cirúrgico*, desenvolvida e validada pela instituição estudada, é preenchida por um profissional de enfermagem e arquivada no prontuário do paciente. É composta por uma avaliação psicoemocional, preparo pré-operatório, documentação recebida e exame físico geral.

Realizou-se análise expressa em frequências absoluta e relativa. Utilizou-se o Teste de Qui-quadrado de Pearson para verificar associação entre as variáveis independentes e o desfecho, com nível de significância de 5%. A Razão de Prevalência (RP) foi avaliada por meio da Regressão de Poisson bruta e ajustada. As variáveis que apresentaram  $p \leq 0.20$  na análise bruta foram utilizadas como ajuste para o modelo final ajustado.

## **RESULTADOS**

Do total de pacientes (n=200) em pré-operatório investigados, a maioria era do sexo masculino (52,5%/n=105), católica(52,5%/n=105) e casada(53,3%/n=107). A faixa etária variou de 18 a 72 anos, sendo que 40,5% (n=81) possuíam de 50 a 69 anos, e quase a metade (49,5%/n=99) residia no interior do estado de Goiás. Quanto à escolaridade e renda, 55,0% (n=110) tinham menos de nove anos de estudo e 47,0% (n=94) eram os únicos provedores da casa. Desses, 38,2% (n=36) não trabalhavam formalmente (Tabela 1).

Tabela 1– Perfil sociodemográfico de pacientes em pré-operatório, Goiânia-GO, 2016

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>n ( %)</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	105 (52,5)
Feminino	95 (47,5)
<b>Faixa Etária</b>	
18-29	27 (53,3)
30-49	78 (39,0)
50-69	81 (40,5)
70-72	14 (7,0)
<b>Estado Civil</b>	
Casado	107 (53,3)
Solteiro	58 (29,1)
Viúvo	11 (5,5)
União Estável	24 (12,1)
<b>Residência</b>	
Goiânia	89 (44,5)
Interior de Goiás	99 (49,5)
Outros estados	12 (6,0)
<b>Aporte familiar</b>	
Único provedor	94 (47,0)
Duas pessoas	73 (36,5)
Três/mais pessoas	33 (16,5)
<b>Trabalho remunerado</b>	
Carteira assinada	50 (25,0)
Informal	72 (36,0)
Desempregado	43 (21,5)
Aposentado	35 (17,5)
<b>Religião</b>	
Católico	105 (5,0)
Evangélico	100 (50,0)
Espirita	2 (1,0)
Nenhuma	12 (6,0)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto	10 (5,0)
Fundamental	100 (50,0)
Ensino Médio	66 (33,0)
Ensino Superior	24 (12,0)

Quanto ao perfil clínico-cirúrgico dos pacientes, 61,5% (n=123) negaram doenças crônicas, 87,5% (n=175) não eram tabagistas, 84,4% (n=169) não etilistas e 75,5% deles (n=151) tiveram experiência cirúrgica prévia. As três especialidades cirúrgicas mais frequentes foram ortopedia, ginecologia e cirurgia geral (29,0%,

20,5% e 15,5%, respectivamente). O tempo de internação pré-operatória foi inferior a 24 horas em 67% (n=134) dos casos e 26,5% (n=53) dos pacientes relataram dor no pré-operatório (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil clínico-cirúrgico de pacientes em pré-operatório, Goiânia-GO, 2016

<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-CIRÚRGICAS</b>	<b>n ( %)</b>
<b>Tabagista</b>	
Sim	25 (12,5)
Não	175 (87,5)
<b>Etilismo</b>	
Sim	31 (15,5)
Não	169 (84,5)
<b>Tempo de internação pré-operatória</b>	
<24 horas	134 (67,0)
25-72 horas	25 (12,5)
>72 horas	71 (20,5)
<b>Cirurgias prévias</b>	
Sim	151 (75,5)
Não	49 (24,5)
<b>Doenças crônicas</b>	
Nenhuma	123 (61,5)
Diabetes	13 (6,5)
Hipertensão	43 (21,5)
Outras	21 (10,5)
<b>Dor pré-operatória</b>	
Sim	53 (26,5)
Não	147 (73,5)
<b>Especialidade Cirúrgica</b>	
Ortopedia	58 (29,0)
Geral	31 (15,5)
Ginecologia	41 (20,5)
Outras	70 (35,0)

Os medos de sofrer erros, de morrer e da anestesia apareceram em 16,5% (n=33), 9,0% (n=18) e 36,0% (n=72) dos pacientes, respectivamente. A maioria (86,5%/n=173) tinha conhecimento do procedimento cirúrgico, mas somente 21,0% (n=42) conheciam a anestesia. Apenas 23,5% (n=47) haviam sido orientados quanto ao procedimento anestésico-cirúrgico, a maioria (63,82%/n=30) pelo médico (tabela 3).

Tabela 3– Medos e conhecimentos de pacientes em pré-operatório, Goiânia-GO, 2016

<b>MEDO E CONHECIMENTO</b>	<b>n ( %)</b>
<b>Medo pré-operatório</b>	
Nenhum	143 (71,5)
Erros	33 (16,5)
Morrer	18 (9,0)
Perda motora	5 (2,5)
Infecção	1 (,05)
<b>Medo anestesia</b>	
Sim	72 (36,0)
Não	128 (64,0)
<b>Conhecimento sobre a cirurgia</b>	
Sim	173 (86,5)
Não	27 (13,5)
<b>Conhecimento sobre a anestesia</b>	
Sim	42 (21,0)
Não	158 (79,0)
<b>Orientações pré-operatória</b>	
Sim	47 (23,5)
Não	153 (76,5)
<b>Profissional que orientou</b>	
Médico	30 (15,0)
Enfermeiro	16 (8,0)
Outros	1 (0,5)
Nenhum	153 (76,5)

A ansiedade foi detectada em 53,0% dos pacientes avaliados (n=106) (IC 95%; 46,06-59,85). A maioria deles (67,0%/n=71) (IC 95%; 57,6-75,4) apresentou o nível de ansiedade leve, seguida por moderada (24,5%/n=26) (IC 95%; 17,0- 33,3) e grave (8,5%/n=9) (IC 95%; 4,22-15,1).

O perfil dos ansiosos foi formado por pacientes na faixa etária entre 50 a 69 anos (40,6%/ n=43), mulheres (52,0%/n=55), baixa escolaridade (56,6%/ n=60) casados (57,5%/n=61), moradores do interior do estado de Goiás (51,0%/n=54), em casas cujo provedor era único (54,8%/n=58), trabalhadores informais/desempregados (58,4%/n=62), não tabagistas/etilistas, (83,0%/n=89) e (81,1%/n=86), respectivamente; com menos de 24 horas de internação, (66,0%/n=70), com experiência cirúrgica prévia, (74,5%/n=79), sem doenças crônicas, (60,3%/n=64) e sem dor no pré-operatório, (67,9%/n=72) (Tabela 4).

Dos pacientes que relataram medo no pré-operatório, 72,0% (n=41) eram pacientes ansiosos, e 42,1% (n=24) apresentaram medo de sofrer erros e de

morrer(22,8%/n=13). O medo da anestesia esteve presente em 36,0% (n=72) dos pacientes. Desses, 66,6% (n=48) apresentavam ansiedade (tabela 4).

Dentre os pacientes ansiosos, 80,2% (n=85) relataram desconhecimento sobre a anestesia, apenas 22,6% (n=24) haviam sido orientados no pré-operatório, sendo 16,1% (n=17), orientados pelo médico e apenas 6,6% (n=7) pelo enfermeiro (tabela 4).

Foram encontradas diferenças significativas ( $p$ ) entre a ansiedade e algumas variáveis, que não se mantiveram no teste de razão de prevalência ajustada (Tabela 4).

Tabela 4– Fatores de risco associados à ansiedade pré-operatória, Goiânia-GO, 2016

Fatores de risco	Ansiedade		Não ajustada (univariada)		Ajustada (multivariada)	
	n 106	% 53	RR (95%IC)	p	RR (95%IC)	p
<b>Sexo</b>				0,119		0,105
Masculino	51	48,0	1,00		1,00	
Feminino	55	52,0	1,19 (0,81-1,74)		1,51 (0,95-2,40)	
<b>Tempo de internação pré-operatória</b>				0,034		0,080
<24 horas	70	66,0	1,00		1,00	
25-72 horas	13	12,3	0,99 (0,55-1,79)		1,40 (0,89-2,22)	
>72 horas	23	21,7	1,07 (0,67- 1,72)		1,54 (0,85-2,77)	
<b>Dor pré-operatória</b>				0,022		0,105
Sim	34	32,1	1,00		1,00	
Não	72	67,9	1,67 (1,08-2,58)		1,51 (0,95-2,40)	
<b>Medos no pré-operatório</b>				0,033		0,528
Nenhum	65	61,3	1,00		1,00	
Morrer	13	12,3	1,59 (0,88-2,88)		0,93 (0,48-1,83)	
Erros	24	22,7	1,6 (1,00-2,55)		1,19 (0,69-2,04)	
Perda motora	3	2,8	2,2 (0,54-8,98)		1,69 (0,37-7,72)	
Infecção	1	0,9	2,2 (0,30-15,85)		1,31 (0,16-10,56)	
<b>Medo da anestesia</b>				0,048		0,500
Sim	48	45,3	1,00		1,00	
Não	58	54,7	0,68 (0,46-0,99)		0,84 (0,53-1,33)	

Na avaliação pré-operatória de ansiedade pela escala de Hamilton, 53,0% (n=106) dos pacientes foram diagnosticados como ansiosos; desses, 67,0% (n=71) mantiveram-se ansiosos na admissão no centro cirúrgico. No entanto, dos 47% (n=94) não ansiosos antes da cirurgia, apenas 33% (n=31) mantiveram-se não-ansiosos na admissão (Tabela 5).

Tabela 5 - Ansiedade pré-operatória segundo escala de Hamilton e auto relatada na admissão no centro cirúrgico, Goiânia-GO, 2016

ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA ESCALA DE HAMILTON	ANSIEDADE AUTORRELATADA NA ADMISSÃO DO CENTRO-CIRÚRGICO			
	Ansioso		Não ansioso	
	n	%	n	%
Ansioso (53,0%/n=106)	71	(67,0)	35	(33,0)
Não-ansioso (47,0%/ n=94)	63	(67,0)	31	(33,0)

## DISCUSSÃO

O estado de ansiedade é um coeficiente negativo do procedimento anestésico-cirúrgico, pelo que pode ocasionar na vida dos pacientes (JAWAID *et al.*, 2007; YILMAZ *et al.*, 2012). Assim como Nigussie *et al.* (2014), que encontraram 70,3% de pacientes ansiosos em corte transversal para avaliar preditores de ansiedade pré-operatória em 239 pacientes cirúrgicos adultos em um hospital escola do sudeste da Etiópia, os achados do presente estudo também mostraram que a maioria dos pacientes aguardando cirurgia eletiva apresentou-se ansiosa.

A ansiedade da maioria dos pacientes neste estudo foi classificada na escala de Hamilton como leve, diferentemente de um estudo numa unidade cirúrgica de um hospital de Sri Lanka, com 100 pacientes, no qual níveis moderados de ansiedade pré-operatória foram encontrados (AKKAS, 2001), e de Karanci e Dirik (2003) e Yilmaz *et al.* (2012), que encontraram níveis de ansiedade altos com desenhos de estudos semelhantes.

Os hospitais escolas são influenciados pelas contribuições acadêmicas, que na maioria das vezes transmite aos pacientes um sentimento de resolução do seu problema pelo grau de interesse apresentado, pelo acolhimento e pelas orientações. Dentre as contribuições acadêmicas estão as melhorias na comunicação e assistência; organização do serviço; aquisição de recursos; conscientização e mobilização profissional e acadêmica; e na segurança do paciente (FREIRE *et al.*, 2016). Pelo fato dessa pesquisa ter sido realizada em hospital escola, acredita-se que justifica a maior taxa de ansiedade de nível leve.

O sexo feminino, assim como nos estudos de Kiyohara *et al.*; 2004; Aykent *et al.*, 2007; Wang *et al.* 2008; Perks *et al.* 2009, foi o mais prevalente em ansiedade. O tempo que as mulheres ficam internadas, esperando pela cirurgia, as separa da família e filhos, afetando e repercutindo nas mulheres mais do que nos homens. Essa situação é capaz de contribuir para o aparecimento de ansiedade nas mulheres, enquanto nos homens outros tipos de preocupações são capazes de provocar essas reações, como a manutenção da casa (KARANCI & DIRIK, 2003; JAWAID *et al.* 2007; PERKS *et al.*, 2009).

Esse distanciamento da família é um fato que também ocorre com as pessoas que residem em outra cidade. A ausência de familiares e a falta de visitas

colaboram para gerar e manter o estado de ansiedade. O apoio social tem um efeito positivo na vida humana em tempos difíceis como no caso de cirurgias, sendo capaz de reduzir a ansiedade. Diante de tal situação, a equipe de enfermagem tem papel substancial, fornecendo apoio social e elaborando plano de intervenção individualizado (KARANCI & DIRIK, 2003; JAWAID *et al.*, 2007; RENOUF *et al.*, 2014).

A maioria dos pacientes ansiosos do estudo era casada, contrariando o estudo de Kulik e Mahler (1989), segundo o qual o casamento foi positivamente influenciado no estado emocional, levando à diminuição da ansiedade. A situação conjugal encontrada pode justificar a baixa prevalência de ansiedade moderada e grave no estudo. O casamento é a relação central para a maioria dos adultos e tem efeitos benéficos para a saúde (SANTOS, 2010; YILMAZ *et al.*, 2012).

Fato que pode justificar esse achado é a preocupação do paciente com manutenção do lar e da família, pois grande parte era formada por trabalhadores informais e desempregados, cuja renda depende de sua autonomia e saúde.

Os níveis de ansiedade podem estar associados ao nível de educação formal, pois grande parte dos ansiosos era de baixa escolaridade. Estudo transversal mostrou níveis mais baixos de ansiedade entre pacientes com mais de 12 anos de escolaridade (CAUMO *et al.*, 2001). Indivíduos com nível educacional mais alto podem estimar com maior precisão a cirurgia, sem o medo do desconhecido (YILMAZ *et al.*, 2012; SANTOS, 2014).

A ansiedade é um estado emocional que guarda relação direta com o medo. Os medos aparecem com o agendamento do procedimento cirúrgico, por ser algo desconhecido, que pode levar a incapacidades, exigindo adaptação à nova condição e podendo levar a diversas outras complicações. O medo aflinge ainda mais o estado do paciente antes da cirurgia e exacerba a preocupação, levando à ansiedade (SANTOS, 2012; YILMAZ, 2012; SANTOS *et al.*, 2014).

A falta de conhecimento dos pacientes sobre a anestesia, a falta de orientação pré-operatória, bem como o distanciamento do enfermeiro dessa atribuição nesse estudo é algo preocupante. Um estudo canadense (Matthey *et al.*, 2001) realizou ligações telefônicas a 1216 pacientes na província de Alberta e confirmou que o conhecimento sobre a anestesia contribui para diminuir o medo e a ansiedade nos pacientes. Ortiz *et al.* (2015) mostraram que 8 a 55% dos pacientes têm medo de morrer durante a anestesia; 5 a 54% de despertar durante a anestesia;

5 a 65% de sentir dor e 5 a 48% de náuseas no período pós-operatório, originando ansiedade pré-operatória.

Isso pode explicar o aumento da taxa de ansiedade na admissão do centro cirúrgico. As pessoas reagem de maneira diferente aos seus temores e preocupações. Algumas tiveram a correção do seu estado de ansiedade sendo admitido calmo; já a realidade da maioria foi de manter o estado de ansiedade ou estarem ansiosos apenas na admissão do centro-cirúrgico, fato desafiador ao controle da ansiedade pré-operatória (CRUZ& VARELA, 2002; SANTOS *et al.*, 2012, ORTIZ *et al.*, 2015).

A visita pré-operatória de enfermagem é uma ferramenta que contribui para reduzir a ansiedade. Tanto o medo como a desinformação são mitigados quando a educação do paciente é formalizada pelas informações protocolares instituídas em hospitais que prezam pela qualidade assistencial e segurança do paciente. Estudo quase experimental com 182 adultos cirúrgicos na Turquia revelou redução da ansiedade e aumento na satisfação dos pacientes pelo fornecimento de informação e orientações. O grupo experimental foi visitado pelo enfermeiro e mostrou efetividade da visita pré-operatória na diminuição do sofrimento do paciente (AYYANDHAH ALANAZI, 2014; GURSON, 2016).

## **CONCLUSÃO**

A ansiedade pré-operatória foi detectada em 53,0% dos pacientes, sendo mais frequente em mulheres, na faixa etária entre os 50-69 anos, em pessoas casadas, moradores do interior de Goiás, em únicos provedores familiares, trabalhadores informais, e com nível fundamental de escolaridade.

A escala de ansiedade de Hamilton foi corroborada pela ansiedade autorrelatada na admissão no centro cirúrgico e em pacientes diagnosticados como não ansiosos no pré-operatório, mas que se autodeclararam ansiosos na admissão do centro-cirúrgico.

A maioria dos pacientes ansiosos demonstrou níveis de ansiedade leve. Os fatores mais comuns que levaram à ansiedade foram o medo da morte e de erros da equipe cirúrgica. O medo da anestesia e o desconhecimento sobre o procedimento anestésico-cirúrgico apareceu entre os pacientes ansiosos.

## REFERÊNCIAS

- Agarwal A, Ranjan R, Dhiraaj S, Lakra A, Kumar M, Singh U. Acupressure for prevention of preoperative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study. *Anaesthesia*. 2005; 60(10): 978–81.
- Akkas, GuursoyA To determine the anxiety levels and the factors which may cause anxiety in preoperative surgical patients. *J Nurs Research Development* 2001;1: 23-9.
- Atanassova M. Assessment of preoperative anxiety in patients awaiting operation on thyroid gland. *Khirurgiia (Sofii)* 2009; (4-5):36-9.
- Aykent R, Kocamanoğlu S, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. The reasons and evaluation of preoperative anxiety: a comparison of APAIS and STAI scores. *TurkiyeKlinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation*. 2007; 5(1): 7-13.
- AyyadhahAlanazi, A. Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *Br J Nurs*. 2014; 23(7): 387-93.
- Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira Det al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *ActaAnaesthesiolScand*.2001; 45(3): 298–307.
- Freire EMR, Guimarães MFL, Ventura PFEV, Alves M. Vivências de enfermeiros no processo de avaliação da qualidade em um hospital universitário. *Nursing*. 2016; 17(219): 1154-60.
- Gonçalves TF, Medeiros VCC. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Rev SOBECC*. 2016; 21(1): 22-7.
- Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş, Yılmaz S. Preoperative Stress: An Operating Room Nurse Intervention Assessment. *J PeriAnesthNurs*.2016; 31(6): 495-503.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*.1959;32(1):50-5.
- Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences* 2007; 12(2): 145-48.
- Juan KD. O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *PsicolHosp*. 2007; 5(1): 48-59.
- Karanci AN, Dirik G. Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *J Psychosom Res*. 2003; 55(4): 363-369.
- Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto MU, Inagaki MM, Ogawa NY, et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev HospClin*. 2004; 59(2): 51-6.
- Kulik JA, Mahler IM. Social support and recovery from surgery. *Health Psychol*.1989; 8(2): 221-38.
- Matthey PW, Finegan BA, Finucane BT. The public's ears about and perceptions of regional anesthesia. *Region Anesth Pain Medi*. 2004; 29(2): 96-101.
- Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western

Ethiopia. BMC surgery. 2014; 14(1):1.

Ortiz J, Wangb S, MacArthur A, Elaydabe DT. Informação pré-operatória ao paciente: podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade? Rev. Bras. Anesthesiol. 2015; 65(1): 7-13.

Perks A, Chakravarti S, Manninen P. Preoperative anxiety in neurosurgical patients. Journal of Neurosurgical. Anesthesiology. 2009; 21(2): 127-30.

Renouf T, Leary A, Wiseman T. Do psychological interventions reduce preoperative anxiety? Br J Nurs. 2014; 23(22): 1208-12.

Sampaio CEP, Ribeiro DAR, Marta CB, Seabra Júnior HC, Rose E, Francisco MTR. Determinant Factors of the Anxiety and Mechanisms of Coping on General Surgical Procedures. Journal of Research: Fundamental Care Online [Internet]. 2013[cited 2016 nov 15]; 05 (4): 547-55. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3070/pdf\\_922](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3070/pdf_922).

Santos MA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo ECBM. Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2015 agost 06]; 14(4): 922-7. Available from: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n4/pdf/v14n4a21.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a21.pdf).

Santos MMBD, Martins JCA, Oliveira LMN. A ansiedade, depressão e estresse no pré-operatório do doente cirúrgico. Revista de Enfermagem Referência. 2014; serIV(3): 7-15.

Sousa FF, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Escala multidimensional de Avaliação de dor. Rev. LatAmerEnferm [Internet]. 2010[cited 2015 nov 06]; 18(1): (09 telas). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt\\_02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_02.pdf).

Wang YJ, Shen J, Lu JK, Yang XD. Preoperative anxiety and depression in patients undergoing cardiac surgery and related influencing factors. Zhonghua Yi Xue Za Zhi 2008; 88(39): 2759-62.

Yilmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. J Clin Nurs. 2012; 21(7-8): 956-9.

## Artigo2

### PREDITORES PARA ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA MODERADA E GRAVE EM PACIENTES CIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS

#### RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência de ansiedade e os preditores de ansiedade moderada e grave no período pré-operatório de cirurgia eletiva. Método: Estudo transversal analítico. A população foi constituída de pacientes cirúrgicos hospitalizados e amostra de 200 pacientes, após o devido cálculo amostral. Para análise, utilizou-se o Teste de Qui-quadrado de Pearson e a Regressão de Poisson bruta e ajustada. Resultados: A prevalência de ansiedade pré-operatória foi de 53,0% (n=106) (IC 95% 46,06/59,85), sendo que 33,0% (n=35) (IC 95% 24,5/42,3) dos pacientes apresentaram ansiedade moderada e grave. Análise multivariada, o sexo, a ocupação e o medo da anestesia se mantiveram significativos, configurando-se em preditores. Apesar do medo da cirurgia não ter se mantido, ao avaliar as categorias separadamente, o medo de erros mostrou relação significativa com a ansiedade moderada e grave no modelo ajustado. Conclusão: No presente estudo, a prevalência de ansiedade é alta. O sexo, a ocupação, o medo da anestesia e o medo de erros durante procedimento anestésico-cirúrgico se configuram em preditores para ansiedade moderada e grave no período pré-operatório. O perfil do paciente ansioso em níveis moderado e grave foi do sexo masculino, na faixa etária de 50 a 69 anos, de baixa escolaridade, casados, em situação instável de trabalho (sem carteira assinada ou desempregado), residentes no interior de Goiás e em casas onde o único provedor do lar era o paciente, submetidos a cirurgias prévias e com tempo de internação pré-operatória menor de 24 horas.

Descritores: Enfermagem; Ansiedade; Cirurgia; Período perioperatório.

#### INTRODUÇÃO

Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo e apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo ou de algo desconhecido. Tais reações da ansiedade podem ser mensuradas por meio da utilização de instrumentos como a escala de ansiedade de Hamilton, o inventário de Beck, a escala Hospitalar de Ansiedade e depressão e outras. As mesmas têm a finalidade de avaliar a ansiedade do paciente em determinados momentos, assim como o período pré-operatório. As escalas contribuem para delinear os graus de ansiedade do paciente cirúrgico, classificando-a em níveis leve, moderado e grave (FIORAVANTI, 2006; YILMAZ *et al.*, 2012; RENOUF *et al.*, 2014).

Por muitas décadas, a mensuração do nível de ansiedade foi considerada complexa. Diante dessa dificuldade, vários investigadores descreveram métodos diferentes para quantificá-la. Em termos gerais, estes são autorrelatados, utilizando-se questionários ou instrumentos. Entre as ferramentas disponíveis, a escala de ansiedade de Hamilton atualmente mostrou resultados consistentes. A Escala avalia 14 itens, sendo que os primeiros sete itens estão relacionados aos sintomas de humor ansioso e os outros sete aos sintomas físicos. Um escore é obtido pela soma, cujo resultado pode variar de 0 a 56, sendo de zero a 17, ansiedade normal, de 18 a 24, ansiedade leve, de 25 a 29, ansiedade moderada e >30, ansiedade severa (HAMILTON, 1959).

Qualquer estado de ansiedade no paciente em pré-operatório é preocupante, e em níveis moderado e grave, o impacto na segurança do paciente pode ser intensificado e tornar o momento propício a eventos inesperados, impactando no resultado cirúrgico, ou na possibilidade de suspensão da cirurgia. Além disso, pode gerar sentimentos e atitudes irracionais a respeito de várias situações e momentos relacionados aos procedimentos necessários ao processo anestésico-cirúrgico (YILMAZ *et al.*, 2012; ORTIZ *et al.*, 2015; GONÇALVES, 2016).

O processo anestésico-cirúrgico é complexo e crítico, na maioria das vezes uma realidade súbita e imposta, que provoca alterações profundas na vida do paciente e sua família. Gera implicações no bem-estar e saúde, bem como nos padrões fundamentais da vida, em nível individual e familiar (SAMPAIO *et al.*, 2013; GONÇALVES e MEDEIROS, 2016).

Nesse período, a ansiedade passa a ser reconhecida como preocupante para a equipe de saúde quando se apresenta em níveis acima do normal, pois as reações podem ser desproporcionais em relação ao estímulo e interferirem na qualidade de vida, no conforto emocional, e no desempenho diário. O paciente torna-se predisposto à dificuldade de acesso venoso, à rigidez da mandíbula na indução anestésica, a flutuações autonômicas e hemodinâmicas, e à necessidade de maiores doses de anestésicos e outros fármacos. No período pós-operatório, a ansiedade tem sido correlacionada a dor, náuseas e vômitos, ao retardo na recuperação e conseqüente aumento do risco de infecção (CASTILLO, 2000; YILMAZ *et al.*, 2012; ORTIZ *et al.*, 2015).

A preocupação quanto à assistência segura do paciente no perioperatório é atualmente um desafio. São diversos os aspectos preocupantes relacionados a esse

momento, e um deles, sem dúvida perpassa o controle da ansiedade. Conhecer os preditores, o perfil, as características, os sinais e sintomas do paciente ansioso no pré-operatório oferece subsídio ao planejamento de ações e à assistência de enfermagem baseada em evidências. Acredita-se que a ação de enfermagem direcionada a partir deste conhecimento contribuirá para a redução dos níveis de ansiedade, proporcionando um paciente ativo e seguro no enfrentamento do processo perioperatório.

## **OBJETIVO**

Estimar a prevalência de ansiedade e os preditores de ansiedade moderada e grave no período pré-operatório de cirurgia eletiva.

## **MÉTODO**

Estudo de delineamento transversal, analítico.

### **Definição dos Sujeitos e Local do Estudo**

A população foi constituída de pacientes com cirurgias programadas, internados em um hospital universitário de grande porte do centro-oeste do Brasil. A amostra de 200 pacientes foi obtida após o cálculo amostral, no software *G.Power*, considerando o tipo do estudo, erro absoluto de 5%, efeito do delineamento de 0,1 e poder de teste de 86%.

Os critérios de inclusão foram a faixa etária a partir de 18 anos, classificados segundo a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) <IV, lúcidos, verbalizando e em condições clínicas para a entrevista.

### **Considerações éticas**

O desenvolvimento do estudo atendeu integralmente à Resolução 466/2012. A pesquisa tem aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Parecer: 1.685.138).

## Coleta de dados

Os dados foram coletados de junho a setembro de 2016. Os pacientes foram entrevistados no período pré-operatório com antecedência de até 36 horas da cirurgia, com média de 30 minutos de duração, à beira leito.

## Instrumentos

Os instrumentos de coleta de dados foram um formulário estruturado sociodemográfico e clínico-cirúrgico, elaborado para esse estudo, a escala de ansiedade Hamilton (HAMILTON, 2015), e a escala numérica de dor.

A *Escala de Ansiedade de Hamilton* foi elaborada em 1959 e até hoje é amplamente utilizada. É composta por 14 itens de quatro pontos (0 = nenhum e 4 = máximo), possui dois grupos com sete itens cada, sendo o primeiro relacionado aos sintomas de humor ansioso (1 ao 7) e o segundo aos sintomas físicos de ansiedade (8 ao 14). O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos aos 14 itens, cujo resultado pode variar de 0 a 56, sendo de zero a 17, ansiedade normal; 18 a 24, ansiedade leve; 25 a 29, ansiedade moderada e 30 ou mais, ansiedade severa (HAMILTON, 1959).

A *Escala numérica de dor* consiste numa régua numerada de 0 a 10, apresentada ao paciente na horizontal e na vertical, que mede a intensidade da dor percebida, na qual o valor zero é “Sem Dor” e 10 a “Dor Máxima” (SOUSA *et al*; 2010).

## Análise dos dados

Realizou-se análise expressa em frequências absoluta e relativa. Utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson para verificar associação entre as variáveis independentes e o desfecho, com nível de significância de 5%. A Razão de Prevalência (RP) foi avaliada por meio da Regressão de Poisson bruta e ajustada. As variáveis que apresentaram  $p \leq 0.20$  na análise bruta foram utilizadas como ajuste para o modelo final com nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

Dos 200 pacientes em pré-operatório investigados, a faixa etária variou de 18 a 72 anos. 40,5% (n=81) possuíam de 50 a 69 anos, e quase a metade, 49,5% (n=99), residia no interior do estado de Goiás. Quanto à escolaridade e renda, 55,0% (n=110) tinham menos de nove anos de estudo e 47,0% (n=94) eram os únicos provedores da casa, destes 38,2% (n=36) não trabalhavam formalmente (Tabela 1).

Tabela 1– Perfil sociodemográfico dos pacientes em pré-operatório, Goiânia-GO, 2016

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>n ( %)</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	105 (52,5)
Feminino	95 (47,5)
<b>Faixa Etária</b>	
18-29	27 (53,3)
30-49	78 (39,0)
50-69	81 (40,5)
70-72	14 (7,0)
<b>Estado Civil</b>	
Casado	107 (53,3)
Solteiro	58 (29,1)
Viúvo	11 (5,5)
União Estável	24 (12,1)
<b>Residência</b>	
Goiânia	89 (44,5)
Interior de Goiás	99 (49,5)
Outros estados	12 (6,0)
<b>Aporte familiar</b>	
Único provedor	94 (47,0)
Duas pessoas	73 (36,5)
Três/mais pessoas	33 (16,5)
<b>Trabalho remunerado</b>	
Carteira assinada	50 (25,0)
Informal	72 (36,0)
Desempregado	43 (21,5)
Aposentado	35 (17,5)
<b>Religião</b>	
Católico	105 (5,0)
Evangélico	100 (50,0)
Espirita	2 (1,0)
Nenhuma	12 (6,0)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto	10 (5,0)
Fundamental	100 (50,0)
Ensino Médio	66 (33,0)
Ensino Superior	24 (12,0)

: Quanto às características clínico-cirúrgicas da amostra, 61,5% (n=123) dos pacientes negaram doenças crônicas, 87,5% (n=175) eram não tabagistas, 84,4% (n=169) não etilistas e 75,5% (n=151) com experiência cirúrgica prévia. As três especialidades cirúrgicas mais frequentes foram ortopedia, ginecologia e cirurgia geral, 29,0%, 20,5% e 15,5%, respectivamente. O tempo de internação pré-

operatória foi inferior a 24 horas em 67% (n=134) dos casos e 26,5% (n=53) relataram dor no pré-operatório (Tabela 2).

Tabela 2– Perfil clínico-cirúrgico de pacientes em pré-operatório, Goiânia-GO, 2016

<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-CIRÚRGICAS</b>	<b>n ( %)</b>
<b>Tabagista</b>	
Sim	25 (12,5)
Não	175 (87,5)
<b>Etilismo</b>	
Sim	31 (15,5)
Não	169 (84,5)
<b>Tempo de internação pré-operatória</b>	
<24 horas	134 (67,0)
25-72 horas	25 (12,5)
>72 horas	71 (20,5)
<b>Cirurgias prévias</b>	
Sim	151 (75,5)
Não	49 (24,5)
<b>Doenças crônicas</b>	
Nenhuma	123 (61,5)
Diabetes	13 (6,5)
Hipertensão	43 (21,5)
Outras	21 (10,5)
<b>Dor pré-operatória</b>	
Sim	53 (26,5)
Não	147 (73,5)
<b>Especialidade Cirúrgica</b>	
Ortopedia	58 (29,0)
Geral	31 (15,5)
Ginecologia	41 (20,5)
Outras	70 (35,0)

A prevalência de ansiedade pré-operatória foi de 53,0% (n=106) (IC 95% 46,06/59,85), sendo que 33,0% (n=35) (IC 95% 24,5/42,3) dos pacientes apresentaram ansiedade moderada e grave. A análise bivariada revelou associação significativa entre a ansiedade pré-operatória moderada e grave, e o sexo, a ocupação, o medo da cirurgia, o medo da anestesia e o tempo de internação pré-operatória (Tabela 3).

Na análise multivariada, o sexo, a ocupação e o medo da anestesia se mantiveram significativos, configurando-se em preditores. Apesar do medo da cirurgia não ter se mantido, ao avaliar as categorias separadamente, o medo de

erros mostrou relação significativa com a ansiedade moderada e grave no modelo ajustado. Assim, a prevalência deste tipo de ansiedade é 2,56 (1,01/6,45) vezes maior que naqueles pacientes que não relataram medos (Tabela 3).

Tabela 3– Preditores para ansiedade pré-operatória moderada e grave, Goiânia-GO, 2016

Fatores de risco	Ansiedade		Não ajustada (Univariada)		Ajustada (Multivariada)	
	n	%	(95% IC)	p	(95% IC)	p
<b>Sexo</b>	35	17,5%		0,048		0,039
Masculino	29	82,8	1,00		1,00	
Feminino	6	17,2	0,68	(0,46-0,99)	0,74	(0,59-1,82)
<b>Ocupação</b>				0,104		0,026
Trabalha com carteira assinada	3	8,5	1,00		1,00	
Não trabalha com carteira assinada	16	45,8	1,67	(0,58-4,73)	1,53	(0,50-4,72)
Não trabalha	9	25,7	2,43	(0,81-7,25)	1,83	(0,58-5,81)
Aposentada	7	20,0	2,00	(0,63-6,30)	2,7	(0,73-10,06)
<b>Medos da cirurgia</b>				0,018		0,198
Nenhum	16	45,7	1,00		1,00	
De morrer	6	17,1	2,98	(1,16-7,61)	1,70	(0,60-4,85)
De algo dar errado	13	37,2	3,52	(1,69-7,32)	2,56	(1,01-6,45)
<b>Medo de anestesia</b>				0,002		0,010
Sim	22	62,9	1,00		1,00	
Não	13	37,1	0,33	(0,34-0,66)	0,37	(0,17-0,79)
<b>Tempo de internação pré-operatória</b>				0,034		0,201
<24 horas	22	62,8	1,00		1,00	
25-72 horas	3	8,5	0,99	(0,55-1,79)	1,40	(0,89-2,22)
>72 horas	10	28,7	1,07	(0,67- 1,72)	1,54	(0,85-2,77)

## DISCUSSÃO

Por si só, o ambiente hospitalar funciona como um agente estressor, uma vez que afasta a pessoa de seu ambiente físico e social e introduz mudanças na vida diária, eliminando a privacidade e a intimidade. Ademais, a ansiedade também está presente nos pacientes internados, e a circunstância de ser submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico é ainda mais impactante, devido ao estigma das alterações no estado de saúde, as incertezas quanto à recuperação e os medos relacionados a esse momento (YILMAZ *et al.*, 2012; MACHADO, 2015).

A frequência de ansiedade pré-operatória no estudo foi de 53,0%, sendo a prevalência de ansiedade moderada e grave de 33% dentre os pacientes ansiosos, semelhantes aos achados de um estudo transversal, realizado no Paquistão (MOHAMMAD, 2009).

Este estudo encontrou, na análise de regressão, os preditores para ansiedade: sexo, ocupação, medo da anestesia e medo de erros no procedimento anestésico cirúrgico. Um estudo transversal com população semelhante realizado por Yilmaz em 2012 na Turquia encontrou como correlacionados ao nível de ansiedade pré-operatória o sexo, a escolaridade, o estado civil, a magnitude da operação e o suporte social, sendo que os medos não foram variáveis avaliadas (YILMAZ *et al.*, 2012). As variáveis baixa escolaridade e suporte social, que envolve a aproximação com a família, também estiveram presentes no perfil dos pacientes ansiosos desse estudo, embora não se mantivesse na análise de regressão.

Os fatores associados num estudo transversal, que também levantou os preditores para ansiedade pré-operatória num hospital universitário da Etiópia em 2014, foram o medo de morte, o medo do desconhecido, ser divorciado, o tempo de preparo para operação e a renda (NIGUSSIE *et al.*, 2014). Tais resultados são semelhantes aos achados do presente estudo, pois os medos dos pacientes e a renda podem influenciar no aparecimento da ansiedade, e a maioria dos pacientes ansiosos estava em situação instável no trabalho. Já o tempo de internação pré-operatória para cirurgia encontrou relação com a ansiedade na análise bivariada.

Com relação ao perfil do paciente ansioso desse estudo, a faixa etária dos 50 a 69 anos, que inclui os idosos, também foi observada num estudo prospectivo de dois anos, realizado de janeiro de 2011 a fevereiro de 2013, no departamento de

Urologia da Universidade de Ferrara, na Itália. Esse estudo mostrou correlação significativa entre ser idoso e apresentar ansiedade devido ao medo de cancelamento, ou ao próprio cancelamento da cirurgia eletiva (DELL'ATTI, 2014).

Os níveis de ansiedade podem estar associados ao nível de educação formal, pois grande parte dos ansiosos em níveis moderado e grave, assim como ansiosos de forma geral no estudo, eram de baixa escolaridade. Outro estudo transversal também mostrou níveis mais baixos de ansiedade entre pacientes com mais de 12 anos de escolaridade. Indivíduos com nível educacional mais alto podem estimar com maior precisão a cirurgia, e aqueles com mais baixo nível educacional podem ter medo do desconhecido, gerando sentimentos nesses pacientes. (CAUMO *et al.*, 2002; YILMAZ *et al.*, 2012).

Varios estudos têm encontrado maior prevalência de ansiedade leve em pacientes do sexo feminino, assim como quando analisado a taxa total de ansiosos desse estudo (MOHAMMAD, 2009, YILMAZ *et al.*, 2012; NIGUSSIE *et al.*, 2014). No entanto, quando se analisa a ansiedade moderada e grave, a correlação ocorre no sexo masculino. Acredita-se na preocupação com a manutenção do lar e da família, pois grande parte da amostra era de provedores únicos da casa e em situações de trabalho informal ou desempregados, cuja renda depende de sua autonomia e saúde.

O fato de a maioria dos pacientes ansiosos residirem em municípios circunvizinhos ao local de internação pode ser um entrave à manutenção das relações sociais. Muitas vezes a falta de apoio no enfrentamento de momentos instáveis de saúde pode exacerbar a ansiedade, tornando-a moderada e grave. Isso requer um plano individualizado e sensível por parte da equipe de enfermagem para fornecer subsídios que ajudem esses pacientes a passarem pelo período perioperatório com menores níveis de ansiedade (SANTOS *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2014; MACHADO, 2015).

No que diz respeito a cirurgias prévias, os resultados vão ao encontro dos achados do estudo de coorte de Santos *et al.* (2009), que identificaram a ansiedade mais prevalente no pré-operatório do paciente quando correlacionado com histórico de cirurgias anteriores. Da mesma forma, o estudo transversal de Ribeiro (2010), defende que os doentes com experiência cirúrgica apresentam mais ansiedade pré-operatória. Tal associação pode ser relacionada a experiências negativas como complicações, infecções, medos não solucionados, ou até do não estabelecimento

de uma relação de confiança com a equipe. Atualmente diversos estudos buscam medidas para conhecer o mecanismo que minimize a ansiedade pré-operatória, como por exemplo intervenções e medidas de aprendizagem, contribuindo na mitigação desse impacto (RIBEIRO, 2010; SANTOS *et al.*, 2014; MACHADO, 2015).

De acordo com Ribeiro (2010), apesar da internação para cirurgias programadas ser cada vez mais próxima da cirurgia, é necessário que a equipe de saúde forneça apoio emocional e orientações de preparação cirúrgica. As primeiras horas da internação representam uma fase de adaptação, na qual o paciente adentra o hospital, sendo esse momento envolto por sentimentos e medos. Caso não qualificados, esses sentimentos podem sobressair-se e o paciente ser encaminhado ao centro cirúrgico os mantendo.

A ansiedade atua sobre o organismo, produzindo alterações nos sinais vitais, podendo ser causa do cancelamento ou suspensão do ato cirúrgico que, por sua vez, pode gerar maior ansiedade e se tornar um ciclo vicioso. A prática da enfermagem no período pré-operatório quanto ao cuidado emocional do paciente cirúrgico é de importância tão relevante quanto o preparo físico. Estudo exploratório prospectivo num hospital particular de grande porte do estado de São Paulo, na região do ABC, identificou o diagnóstico de enfermagem Ansiedade nos pacientes em pré-operatório e um nível inferior aos que passaram pela visita pré-operatória de enfermagem (GONÇALVES& MEDEIROS, 2016).

A avaliação pré-operatória visa a reduzir a ansiedade do paciente e melhorar os resultados cirúrgicos pós-operatórios, sendo parte vital do plano de manejo geral do paciente. Garante a aptidão para ser submetido à cirurgia eletiva, inclusive com pacientes emocionalmente preparados. Quaisquer condições que possam afetar a cirurgia podem ser reconhecidas e tratadas com antecedência para reduzir as taxas de suspensões cirúrgicas desnecessárias. Isso irá minimizar os custos desnecessários e reduzir o estresse e ansiedade dos pacientes (PRITCHARD, 2012; ALANAZIYYADHAH, 2014).

Sob esta perspectiva, a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico com ênfase nos seus aspectos emocionais deve ser elaborada de forma individualizada. É necessário uma sensibilidade e conhecimento da equipe com relação aos pacientes que apresentam níveis de ansiedade moderada e grave, os quais são mais preocupantes, pela repercussão desse estado no perioperatório. Diante disso, deve-se planejar ações e implementá-las desde a recepção do

paciente no hospital até a alta, visando a uma assistência segura e de qualidade (SANTOS *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2014; RENOUF *et al.*, 2014).

## CONCLUSÃO

No presente estudo, a prevalência de ansiedade em níveis moderada e grave foi de 33% dentre os ansiosos e de 17,5% na amostra geral. O sexo, a ocupação, o medo da anestesia e o medo de erros durante procedimento anestésico-cirúrgico se configuram em preditores para ansiedade em altos níveis no período pré-operatório.

## REFERÊNCIAS

- Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D *et al.* Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2001; 45(3): 298–307.
- Dell'Atti, Lucio. The cancelling of elective surgical operations causes emotional trauma and a lack of confidence: study from a urological department. *Urologia.* 2014; 81(4): 242-5.
- Fioravanti ACM. Propriedades psicométricas do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) [dissertation]. Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia/Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2006. 66 p.
- Gonçalves TF, Medeiros VCC. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Revista SOBECC.* 2016; 21(1): 22-7.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959; 32(1): 50-5.
- Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC surgery.* 2014; 14(1):1.
- Ortiz J, Wangb S, MacArthur A, Elaydabe DT. Informação pré-operatória ao paciente: podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade? *Rev. Bras. Anesthesiol.* 2015; 65(1): 7-13.
- Pritchard MJ. Pre-operative assessment of elective surgical patients. *Nursing Standard.* 2012; 26(30): 51-56.
- Renouf T, Leary A, Wiseman T. Do psychological interventions reduce preoperative anxiety?. *British Journal of Nursing.* 2014; 23(22): 1208-12.
- Ribeiro, P. Pré-operatório: O universo da apreensão e desconhecimento: Estudo de factores que influenciam o nível de ansiedade estado do doente no pré-operatório. *Revista Investigação em Enfermagem.* 2010; 22.
- Sampaio CEP, Ribeiro DAR, Marta CB, Seabra Júnior HC, Rose E, Francisco MTR. Determinant Factors of the Anxiety and Mechanisms of Coping on General Surgical

Procedures. Journal of Research: Fundamental Care Online [Internet]. 2013[cited 2016 nov 15]; 05 (4): 547-55. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3070/pdf\\_922](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3070/pdf_922).

Santos AF, Santos LA, Melo DO, Alves Júnior A. Estresse pré-operatório: Comparação entre pacientes do SUS e convencionados. Psicologia Reflexão e Crítica. 2009; 22(2): 269-76.

Santos MA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo ECBM. Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2015 aug 06]; 14(4): 922-7. Available from: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n4/pdf/v14n4a21.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a21.pdf).

Santos MMBD, Martins JCA, Oliveira LMN. A ansiedade, depressão e estresse no pré-operatório do doente cirúrgico. Revista de Enfermagem Referência. 2014; serIV(3): 7-15.

Sousa FF, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Escala multidimensional de Avaliação de dor. Rev. LatAmerEnferm [Internet]. 2010[cited 2015 aug 22]; 18(1): (09 telas). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt\\_02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_02.pdf).

Yilmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. Journal of clinical nursing. 2012; 21(7-8): 956-64.

## 6. CONCLUSÕES

Os resultados indicaram alta prevalência de ansiedade pré-operatória, ao comparar com estudos semelhantes. Ao traçar o perfil dos pacientes ansiosos, sem classificar o nível, foi possível perceber maiorido sexo feminino, de 50 a 69 anos, de baixa escolaridade, casados, oriundos do interior de Goiás, de provedores únicos da casa, de trabalhadores informais/desempregados, internados há menos de 24 horas, com experiência cirúrgica prévia, sem doenças crônicas, e sem dor no pré-operatório.

A escala de ansiedade de Hamilton foi confirmada pela ansiedade autorrelatada pelo paciente, na admissão ao centro cirúrgico. Pacientes não ansiosos no pré-operatório se autodeclararam ansiosos na admissão do centro-cirúrgico.

O nível leve de ansiedade foi o mais prevalente, seguido de ansiedade moderada e grave. Os fatores mais comuns que levaram à ansiedade foram o medo da morte e de erros da equipe cirúrgica. O medo e o desconhecimento sobre a anestesia apareceu entre os pacientes ansiosos.

Ao investigar os fatores preditores de ansiedade moderada e grave, as variáveis sexo, ocupação, medo da anestesia e de erros durante o procedimento anestésico-cirúrgico foram evidenciadas.

Algumas limitações desta pesquisa se devem à realização da coleta de dados em apenas um hospital universitário, o que pode afetar a generalização dos resultados. Além disso, o fato de, em tais hospitais, o acesso à informação ser mais efetivo pode ter influenciado nos níveis de ansiedade dos pacientes.

Estudos futuros são necessários para explorar ainda mais o impacto da ansiedade nos pacientes no perioperatório em diferentes ambientes hospitalares. É necessário entender também se existe diferença de níveis de ansiedade entre hospitais gerais e hospitais universitários. Além disso, estudos futuros são necessários para entender qual é a melhor forma de se comunicar com os pacientes e, assim, realizar melhores intervenções para diminuir os altos índices de ansiedade pré-operatória.

O estudo indica a necessidade da implementação de ações inseridas num protocolo de visita pré-operatória que promovam a detecção da ansiedade pré-

operatória pela equipe de enfermagem, bem como ações para a prevenção e o acompanhamento de pacientes predispostos a ansiedade moderada e grave. Assim, intervenções devem ser prescritas e implementadas para o manejo e a prevenção da ansiedade no período perioperatório, o que pode reduzir os casos de complicações advindos da ansiedade.

## REFERÊNCIAS

Agarwal A, Ranjan R, Dhiraaj S, Lakra A, Kumar M, Singh U. Acupressure for prevention of preoperative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study. *Anaesthesia*. 2005; 60(10): 978–81.

Antonio OS, Munari DB, Costa HK. Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2002 [cited 2016 apr 29]; 04(1): 33-39. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/744/807>.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Boletim Informativo: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011 [cited 2012 jan 31]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/B%20OLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>.

Apóstolos JLA, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues, MA. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2016 mar 31]; 19(2): (06 telas).

Araújo SVN, Henrique SS. Visita de enfermagem pré-operatória com finalidade educativa para o procedimento cirúrgico. *Com. Ciências Saúde*. 2012; 23(4):297-304.

Ascari, RA, Neiss M, Sartori AA, Silva OM, Ascari TM, Galli KSB. Percepção do paciente cirúrgico no período pré-operatório acerca da assistência de enfermagem. *Rev. Enferm. UFPE*. 2013; 07(4): 1136-44.

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC. *Práticas Recomendadas SOBECC*. 6 ed. rev. e atual. São Paulo: SOBECC; Manole; 2013.

Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar – APECIH. *Prevenção de infecção de sítio cirúrgico*. 3rd ed. São Paulo: APECIH; 2009.

Atanassova M. Assessment of preoperative anxiety in patients awaiting operation on thyroid gland. *Khirurgiia (Sofia)* 2009; (4-5):36-39.

Aykent R, Kocamanoğlu S, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. The reasons and evaluation of preoperative anxiety: a comparison of APAIS and STAI scores. *Turkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation*. 2007; 5(1): 7-13.

Ayyadhah Alanazi, A. Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *Br J Nurs*. 2014; 23(7): 387-93.

Backes DS, Schwartz E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2012; 04(2): 182-88.

Bedin E, Ribeiro, L, Barreto R. Humanização da Assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2004 [cited 2016 jan 31]; 06(3): 400-09. Available from: [https://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_3/13\\_Revisao3.html](https://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/13_Revisao3.html).

- Borsato F, Rossaneis M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2014 Jul 29];24(4):527–33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a13v24n4.pdf>.
- Campos JAR, Costa ACB, Dessotte CAM, Silveira RCC. Produção Científica da Enfermagem de Centro Cirúrgico de 2003 a 2013. *Rev. SOBECC*, São Paulo. 2015; 20(2): 81-95.
- Carroll JK, Cullinan E, Clarke L, Davis NF. The role of anxiolytic premedication in reducing preoperative anxiety. 2012; 21 (8): 479-83.
- Castilho ARG, Rocondo R, Asbahr FR, Monfro GG. Transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(Supl II): 20-3.
- Ceneviva, R, Castro e Silva Junior O. O paciente cirúrgico: relação médico paciente. *Medicina*, Ribeirão Preto [Internet]. 2008 [cited 2017 jan 11]; 41(3): 252-58. Available from: [http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP\\_1O\\_%20paciente\\_cirurgico\\_relacao\\_medico\\_paciente.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_1O_%20paciente_cirurgico_relacao_medico_paciente.pdf).
- Christóforo BEB, Carvalho DS. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(1): 14-22.
- Collière MF. *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova e reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN; 2007.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Brasília (Brasil): COFEN; 2009.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília (Brasil): COFEN; 2012.
- Costa AC, Silva MG, Noriega E. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização. Lisboa: Ministério da Saúde de Portugal; 2008.
- Costa VAS, Silva SCF, Lima VCP. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Revista da SBPH*. 2010; 13(2): 282-98.
- Costa Júnior AL, Doca FNP, Araújo I, Martins L, Mundim L, Penatti Tet *et al*. Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estud. psicol. (Campinas)*. 2012; 29(2): 271-84.
- Cruz EA, Varela ZM. Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2002 [cited 2016 apr 29]04(1): 51-8. Available from: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista4\\_1/Pdf/Centro.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista4_1/Pdf/Centro.pdf).
- D'el Rey GJF. Quando a ansiedade torna-se uma doença? *Integração: Ensino, Pesquisa e Extensão*. 2005; 11: 379-82.

Department of Health and Human Services; Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Quality Indicators – Guide to Patient Safety Indicators [Internet]. Rockville, MD (USA): Agency for Healthcare Research and Quality; 2003 [cited 2013 feb 20]. Version 2.1, Revision 2, (October 22, 2004) Available from: [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V21/psi\\_guide\\_rev2.pdf](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V21/psi_guide_rev2.pdf).

Dias SAO, Aquino GB. Aspectos psicológicos do paciente oncológico diante do procedimento cirúrgico de laringectomia total. *Revista científica da FAMINAS*. 2014; 9(1): 105-24..

Figueiredo NMA, Handem PC. Centro Cirúrgico: o Espaço das Cirurgias. In: Viana DP, Leão ER, Figueiredo NMA, orgs. *Especializações em Enfermagem: atuação, intervenção e cuidado de enfermagem*, vol. 1. São Caetano do Sul: Yendis; 2010. p. 192-93.

Fioravanti ACM. Propriedades psicométricas do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) [dissertation]. Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia/Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2006. 66 p.

Fonseca RMP, Peniche ACG. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. *Acta Paul. Enferm.* 2009; 22(4): 428-33.

Frias TFP, Costa CMA, Sampaio CEP. O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2010; 14(3): 345-52.

Garcia SB, Lado MC, Makler C, Besada M, Mucci MC, Covaro JA. Estratégias de intervenção “psi” em situaciones médicas: psicoprofalia quirúrgica. *Congresso de Salud Mental de La Ciudad de Buenos Aires*; 2004. Setembro 26-29, 2004. Buenos Aires, publicação de anais on-line, [cited 2016 abr 24];

Geovanini T, Moreira A, Schoeler SD, Machado WCA. *História da enfermagem: versões e interpretações*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

Gonçalves KKN. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016; 69(2):397-403.

Gonçalves TF, Medeiros VCC. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Revista SOBECC*. 2016; 21(1): 22-7.

Guo P, East L, Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2012; 49(2): 129-37.

Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş, Yılmaz S. Preoperative Stress: An Operating Room Nurse Intervention Assessment. *J PeriAnesth Nurs* 2016; 31(6): 495-503.

Hamilton Anxiety Rating Scale [Internet]. 2015. [cited 2015 apr 24]. Available from: <https://psychology-tools.com/hamilton-anxiety-rating-scale/>.

Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959; 32(1):50-5.

Ji L, Zhang X, Fan H, Han M, Yang H, Tang L *et al*. drawMD APP-aided preoperative anesthesia education reduce parents anxiety and improve satisfaction. *Patient Educ. Couns.* 2016; 99(2): 265-70.

Kalkhoran MA, Karimollahi M. Religiousness and preoperative anxiety: a correlational study. *Annals of General Psychiatry* [Internet]. 2007; 6(17). Available from: <http://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-859X-6-17>.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington: The National Academies Press; 2000.

Ladden CS. Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In: Meeker MH, Rothrock JC, orgs. *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan; 1997. p. 3-17.

Machado JA, Silvia LF, Guedes MVC, Freitas MC, Ponte KMA, Silva AL. Autocontrole de ansiedade no pré-operatório cardíaco: resultado de uma intervenção de enfermagem. *SANARE* jul-dez 2015; 14(2):36-42.

Maciel J. Humanismo e a evolução tecnológica na prática médico-cirúrgica. *Rev. Port. Cir* [Internet]. 2014 [cited 2016 jun 29]; (30): 5-6. Available from: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-69182014000300001&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-69182014000300001&lng=pt).

Marcolino J, Suzuki F, Cunha L, Gozzani J, Mathias L. Medida de ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório: Estudo comparativo. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2007; 57(2):157-66.

Matos FGO, Piccoli M, Schneide, JF. Reflexões sobre aspectos emocionais do paciente cirúrgico. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2008; 3(1): 93-8.

Matthias AT, Samarasekera DN. Preoperative anxiety in surgical patients – experience of a single unit. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*. 2012; 50(1): 3-6.

Melo DFF, Nunes TAS, Viana MRP. Percepção do enfermeiro sobre a implantação da sistematização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico. *Revista Interdisciplinar*. 2014; 07(2): 36-44.

Mendes AC, Silva A, Nunes D, Fonseca G. Influência de um programa psico-educativo no pré-operatório nos níveis de ansiedade do doente no pós-operatório. *Revista Referência*. 2005; 02(1): 9-14.

Mohammad FJ, Fauzia AK. Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients. *J Pak Med Assoc* June 2009; 59(6): 360-363.

Ni CH, Tsai WH, Lee LM, Kao CC, Chen YC. Minimising preoperative anxiety with music for day surgery patients – a randomised clinical trial. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21(5-6): 620-25.

Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC surgery*. 2014; 14(1):1.

Oguisso T, org. *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. 1st ed. Barueri: Manole, 2005.

Oliveira LM, Evangelista RA. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): excelência no cuidado. *Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM, Patos de Minas*. 2012; 01(7): 83-8

OMS – Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.

Orbach-Zinger S, Ginosar Y, Elliston J, Fadon C, Abu-Lil M, Raz A *et al.* Influence of preoperative anxiety on hypotension after spinalanaesthesia in women undergoing Caesarean delivery. *British Journal of Anaesthesia*. 2012; 109(6): 943-9.

Ortiz J, Wangb S, MacArthur A, Elaydabe DT. Informação pré-operatória ao paciente: podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade? *Rev. Bras. Anestesiologia*. 2015; 65(1): 7-13.

Passos UC. Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse do Enfermo Cirúrgico Oncológico. [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Psicologia/Universidade Católica de Goiás; 2009. 79 p.

Perks A, Chakravarti S, Manninen P. Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*. 2009; 21(2): 127-30.

Piccoli M, Santos RR, Carvalho ARS. Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. *Cogitare Enfermagem*. 2007; 12(1): 52-61.

Pivoto FL, Lunardi Filho WD, Santos SSC, Almeida MA, Silveira RS. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(5): 665-70.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2004.

Presidência da República; Casa Civil; Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem e dá outras providências. Brasília (Brasil): Presidência da República; 1986. [cited 2016 ago 02].

Ramos MI, Cardoso MJ, Vaz F, Torres MD, García F, Blanco G *et al.* Influence of the grade of anxiety and level of cortisol on post-surgical recovery. *Actas Espanholas de Psiquiatria*. 2008; 36(3): 133–137.

Renouf T, Leary A, Wiseman T. Do psychological interventions reduce preoperative anxiety?. *British Journal of Nursing*. 2014; 23(22): 1208-12.

Rezende JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [Internet]. São Paulo: Editora Unifesp; 2009 [cited 2015 set 19] Available from: <http://static.scielo.org/scielobooks/8kf92/pdf/rezende-9788561673635.pdf>.

Sadati L, Pazouki A, Mehdizadeh A, Shoar S, Tamannaie Z, Chaichian S. Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2013; 27(4): 994-98.

Sampaio CEP, Ribeiro DAR, Marta CB, Seabra Júnior HC, Rose E, Francisco MTR. Determinant Factors of the Anxiety and Mechanisms of Coping on General Surgical Procedures. *Journal of Research: Fundamental Care Online* [Internet]. 2013 [cited 2016 nov 15]; 05 (4): 547-55. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3070/pdf\\_922](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3070/pdf_922)

Santos ALGS, Backes VMS, Vasconcelos MA. A assistência humanizada ao cliente no centro cirúrgico: uma experiência apoiada na teoria humanística de Paterson & Zderad. *Rev. Nursing*. 2002; 05(48): 25-30.

Santos MA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo ECBM. Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2015 ago 06]; 14(4): 922-7. Available from: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n4/pdf/v14n4a21.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a21.pdf).

Santos MMBD, Martins JCA, Oliveira LMN. A ansiedade, depressão e estresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014; serIV(3): 7-15.

Sebastiani RW, Maia EMC. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*. 2005; 20(Suppl 1): 50-55.

Sena AC; Nascimento ERP. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(3): 132-7.

Serra MC. A evolução da cirurgia ao longo dos séculos – 1 [Internet]. Cuiabá: *Gazeta Digital*, 2008 mar 31 [cited 2016 jun 19]. Available from: <http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/show/secao/60/materia/173023/t/a-evolucao-da-cirurgia-ao-longo-dos-seculos-1>.

Silva HVC, SouzaVP, Silva PCV. Sistematização da Assistência em Enfermagem Perioperatória em uma Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(4):428-33.

Sousa CS, Gonçalves MC, Lima AM, Turrini RNT. Advances in the role of surgical center nurses. *Journal of Nursing UFPE on line*[Internet]. 2013 [cited 2015 jun 22]; 7(10): 6288-93. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4888/pdf\\_3819](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4888/pdf_3819).

Teixeira AMC. Evolução da cirurgia [Internet]. Salvador: Hospital Português, 2005 jan 24 [cited 2016 fev 16]. Available from: <http://www.hportugues.com.br/hospital/noticias/2005/janeiro/artigo-evolucao-da-cirurgia>.

Thompson M; Moe K, Lewis CP. The Effects of Music on Diminishing Anxiety Among Preoperative Patients. *Journal of Radiology Nursing*. 2014; 33(4): 199-202.

Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston Testbook of Surgery: the biological basis of modern surgical practice*. 19th ed. Philadelphia PA: Elsevier; 2014.

Tubino P, Alves E. História da Cirurgia [Internet]. 2011 [cited 2016 jun 27]. Available from: [https://alinesilvalmeida.files.wordpress.com/2010/05/historia\\_da\\_cirurgia.pdf](https://alinesilvalmeida.files.wordpress.com/2010/05/historia_da_cirurgia.pdf).

West AM, Bittner, EA, Ortiz VE. The effects of preoperative, video-assisted anesthesia education in Spanish on Spanish-speaking patients' anxiety, knowledge, and satisfaction: a pilot study. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2014; 26(4): 325–29.

Yilmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of clinical nursing*. 2012; 21(7-8): 956-64.

Zhang CY, Jiang Y, Yin QY, Chen FJ, Ma LL, Wang LX. Impact of nurse-initiated preoperative education on postoperative anxiety symptoms and complications after coronary artery bypass grafting. *J Cardiovasc. Nurs.* 2012; 27(1): 84-88.

## **APÊNDICES**

Apêndice A– Instrumento De Coleta De Dados

Apêndice B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS nº \_\_\_\_\_ Coleta em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_ Data da internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data prevista da Cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Horário da cirurgia: \_\_\_\_\_

### DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

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

Prontuário: \_\_\_\_\_. Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

Estado civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) União estável

Cidade de Moradia: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Carteira Assinada: ( ) sim ( ) não.

Quantas pessoas trabalham na sua casa: \_\_\_\_\_.

Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior

**Sinais Vitais:** PA: \_\_\_\_\_; P \_\_\_\_\_; T \_\_\_\_\_; R \_\_\_\_\_

1. Você já realizou cirurgias anteriores: ( ) Não ( ) Sim.
2. Tabagista: ( ) sim ( ) não
3. Etilista: ( ) sim ( ) não
4. Está com dificuldade para dormir: ( ) não ( ) sim.
5. A quantos dias: ( ) N/A ( ) 1-3 ( ) 3-7 ( ) 7-15 ( ) >15
6. Qual a cirurgia proposta: \_\_\_\_\_
7. Está com Dor: ( ) não ( ) sim; Valor na escala numérica: \_\_\_\_\_
8. É no sitio a ser operado: ( ) sim ( ) não,  
região \_\_\_\_\_
9. Doenças crônicas: ( ) não ( ) DM ( ) IRC ( ) HAS ( ) ICC  
( ) outras \_\_\_\_\_
10. Como está se sentindo antes da cirurgia? ( ) Feliz ( ) Triste ( ) Com medo ( ) Seguro ( ) Inseguro  
( ) Ansioso; Qual grau da ansiedade relatada de 0 a 10? \_\_\_\_\_
14. O que mais tem medo em realizar a cirurgia? ( ) Não tenho medo;  
( ) Medo: \_\_\_\_\_
15. Você sabe que cirurgia vai realizar? ( ) sim ( ) não
17. Você tem medo de ser submetido à anestesia: ( ) Não ( ) Sim.

18. Você já foi orientado como se preparar para cirurgia? ( ) Não ( ) Sim. Por qual profissional? \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa intitulada: *Ansiedade pré-operatória em pacientes cirúrgicos hospitalizados*, sob a responsabilidade das enfermeiras e pesquisadoras: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto, e mestranda Lorena Morena Rosa Melchior Dias. O objetivo da pesquisa é Analisar a ansiedade pré-operatória em pacientes hospitalizados, submetidos à cirurgia eletiva. A sua participação na pesquisa é de caráter voluntário e se dará por meio de entrevista e de aplicação de escalas, as falas serão registradas. Esclarecemos que a sua participação nesta pesquisa não envolverá complicações legais e os procedimentos adotados obedecem a Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os riscos envolvidos serão de desconforto e constrangimento, porém, nenhum dos procedimentos utilizados por nós oferece riscos à sua dignidade. Esclarecemos que não haverá disponibilizará de nenhum ônus, a sua participação é em caráter voluntário, e, contribuirá para gerar conhecimentos sobre os níveis de ansiedade, depressão e estresse no paciente cirúrgico e, sua relação com os níveis de dor e outras complicações no pós-operatório. Caso desista em algum momento de continuar participando da pesquisa, independente do motivo terá o direito e a liberdade de retirar o seu consentimento sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Todas as informações coletadas neste estudo são confidenciais e somente o (a) pesquisador (a) e o (a) orientador (a) terão conhecimento dos dados. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo resguardado o sigilo e anonimato. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e a outra será fornecida a você. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Faculdade de Enfermagem - UFG - Rua 227 Qd 68, S/N - Setor Leste

Universitário - Goiânia - Goiás - Brasil - CEP: 74605-080, pelo telefone (62) (82682193).

### **Consentimento pós-informação**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Goiânia, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2016.

## **ANEXOS**

Anexo A – Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton

Anexo B – Escala numérica de dor

Anexo C – Ficha de admissão do centro cirúrgico

Anexo D – Aprovação comitê de ética

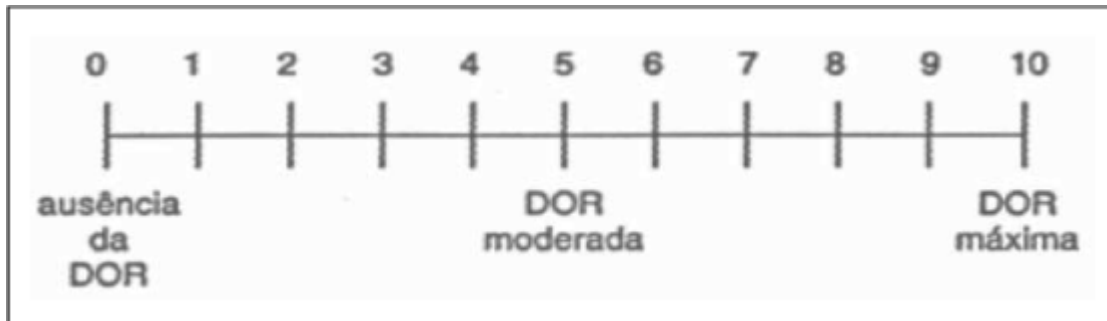
## ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON

**GRAUS:** Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4

N o	ITEM	COMPORTAMENTO	GRAU
1	Humor Ansioso	Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.	
2	Tensão	Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	
4	Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.	
5	Intelectual (cognitivo)	Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.	
7	Somatizações Motoras	Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.	
8	SomatizaçõesSe	Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento,	

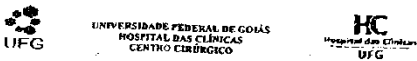
	nsoriais	câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.	
9	Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc.	
10	Sintomas Respiratórios	Sensações de opressão ou constrictão no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispnéia, etc.	
11	Sintomas Gastrointestinais	Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, dor pré ou pós-prandial, sensações de plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarréia ou constipação, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, etc.	
12	Sintomas Geniturinários	Polaciúria, urgência da micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.	
13	Sintomas Autonômicos	Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonteiras, etc.	
14	Comportamento na entrevista	Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial, pupilas dilatadas, etc.	
			SCORE TOTAL:

## Anexo B – ESCALA NUMÉRICA DE DOR



**Figura 1.** Escala analógica visual para avaliação da dor.

## ANEXO C – FICHA DE ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO



### FICHA DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA RECEPÇÃO

Hora \_\_\_\_\_ h                      Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do cliente: \_\_\_\_\_                      Prontuário nº \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F                      Idade: \_\_\_\_\_

**A. Avaliação do estado psico-emocional:**

Sim     Não - Agitado  
 Sim     Não - Angustiado  
 Sim     Não - Ansioso  
 Sim     Não - Apático  
 Sim     Não - Choroso  
 Sim     Não - Tranquilo  
 Sim     Não - Outros: \_\_\_\_\_

---

**B. Preparo pré-operatório:**

Sim     Não - Jejum \_\_\_\_\_  
 Sim     Não - Higiene corporal \_\_\_\_\_  
 Sim     Não - Sem peças íntimas \_\_\_\_\_  
 Sim     Não - Ausência de órtese/prótese \_\_\_\_\_  
 Sim     Não - Ausência de adornos \_\_\_\_\_  
 Sim     Não - Feito preparo intestinal \_\_\_\_\_  
 Sim     Não - Administrado pré-anestésico. \_\_\_\_\_

---

**C. Documentação recebida:**

Sim     Não - Prontuário  
 Sim     Não - Papeleta  
 Sim     Não - Rx  
 Sim     Não - Hemograma completo  
 Sim     Não - Coagulograma  
 Sim     Não - Eletrocardiograma  
 Sim     Não - Outros \_\_\_\_\_

---

**D. Exame físico:**

Sim     Não - Portador de necessidades especiais. Qual (is) \_\_\_\_\_

P.A. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg

**E. Observações:**

Alergias     Não     Sim \_\_\_\_\_  
 Tabagismo     Não     Sim \_\_\_\_\_  
 Etilismo:     Não     Sim \_\_\_\_\_  
 Diabetes:     Não     Sim \_\_\_\_\_  
 Uso de substâncias psicoativas ilícitas:     Não     Sim \_\_\_\_\_  
 Uso de medicamentos     Não     Sim \_\_\_\_\_  
 Cirurgias prévias     Não     Sim \_\_\_\_\_  
 Outras informações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cliente encaminhado à sala cirúrgica às \_\_\_\_\_ h                      Examinador (a): \_\_\_\_\_  
(Assinatura e Carimbo)

## ANEXO D – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO: foco na segurança do paciente

**Pesquisador:** Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 54981916.3.0000.5078

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.685.138

#### Apresentação do Projeto:

Este projeto visa analisar a assistência perioperatória com vistas à segurança de pacientes em hospitais de Goiânia-GO segundo a proposta da Organização Mundial de Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a assistência perioperatória com vistas à segurança de pacientes em hospitais de Goiânia-GO;
- Subsidiar a elaboração e a melhoria de indicadores de qualidade e segurança cirúrgica.

Objetivo Secundário:

- Averiguar as taxas e tipos de eventos adversos relacionados ao perioperatório;
- Identificar os processos empregados na busca pela minimização de eventos adversos e a percepção analisar micro-organismos envolvidos nas infecções em pacientes em perioperatório.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

não há risco possível embutido no ato da participação, sejam eles de ordem física, psicológica ou

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

**Bairro:** SI. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020

**UF:** GO **Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3269-8336 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephculg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer 1.685.138

moral.

**Benefícios:**

Espera-se investigar e analisar ações de promoção de segurança nas intervenções anestésico-cirúrgicas e a adoção dessas ações pela equipe que atua no perioperatório, observando o impacto das mesmas na diminuição de riscos e aumento da segurança dos pacientes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Esta segunda versão visa responder às pendências: a ausência dos contatos do cep no TCLE e descrever os possíveis riscos na metodologia do projeto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos obrigatórios foram apresentados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram atendidas, portanto esta pesquisa está de acordo com os preceitos éticos da Resolução 466/2012.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional CNS 001/13, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_659586.pdf	07/07/2016 14:00:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	seguranca_periop.pdf	07/07/2016 14:00:12	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020

UF: GO Município: GOIANIA

Telefone: (62)3269-8336 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephculg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.685.138

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/07/2016 13:59:01	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	05/04/2016 14:40:27	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Outros	autoriz_pront.pdf	05/04/2016 14:40:07	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autoriz_hc.pdf	05/04/2016 14:38:43	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	07/02/2016 19:29:31	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	07/02/2016 19:28:53	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 18 de Agosto de 2016

Assinado por:  
JOSE MARIO COELHO MORAES  
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephrulg@yahoo.com.br