

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

*Stressores* no pré - operatório em neurocirurgia:  
A perspetiva do doente

DISSERTAÇÃO

Ana Maria Sá Pereira Guerreiro

Porto|2012



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

*Stressores* no pré - operatório em neurocirurgia:  
A perspetiva do doente

DISSERTAÇÃO

Dissertação de Mestrado orientada pela Professora Doutora Lígia Maria Monteiro  
Lima e co-orientada pela Mestre Maria Celeste Bastos Almeida

Ana Maria Sá Pereira Guerreiro

Porto | 2012



## Agradecimentos

À Professora Doutora Lúcia Lima por ter aceite ser minha orientadora, por tudo o que me tem ensinado e pela sua paciência.

À Professora Maria Celeste Bastos, pelo apoio, pelo acompanhamento, e pela sua constante disponibilidade.

Ao Conselho de Administração do Hospital de São João EPE por ter permitido a realização deste estudo de investigação.

Ao Diretor de Serviço de Neurocirurgia Professor Doutor Rui Vaz, pela amizade e incentivo.

À Senhora Enfermeira Chefe do Serviço de Neurocirurgia Isabel Ribeiro pela colaboração e disponibilidade.

Aos participantes que colaboraram neste estudo porque sem eles este estudo não seria exequível.

Aos colegas do serviço de internamento de Neurocirurgia pela colaboração e simpatia.

À Liliana e à Sónia pela força, pelo incentivo e pela ajuda constante.

Aos meus amigos pela compreensão das minhas ausências.

Aos meus pais porque estão sempre ao meu lado.

Às minhas filhas, Joana e Mariana, pela compreensão e por acreditarem em mim.

A todos, o meu... MUITO OBRIGADA por tornarem mais fácil a difícil tarefa de chegar ao fim desta etapa da minha vida.



## Abreviaturas

ASA – American Society of Anesthesiologist

BO – Bloco operatório

Cit. – Citado

E - Entrevista

p. - página

SU – Serviço de urgência

UCI – Unidade de cuidados intensivos

UCIN – Unidade de cuidados intensivos neurocríticos

UR – Unidade de Registo



## Índice

0.	INTRODUÇÃO .....	15
1.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	19
1.1.	A cirurgia e a pessoa doente .....	19
1.1.1.	O período pré-operatório .....	23
1.1.2.	A neurocirurgia .....	26
1.2.	O stresse.....	28
1.2.1.	Modelo transacional de stresse .....	30
2.	ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	37
2.1.	Método .....	37
2.1.1.	Objetivos e questões orientadoras.....	38
2.1.2.	Contexto do estudo.....	39
2.1.3.	Participantes do estudo .....	41
2.1.4.	Procedimento.....	43
2.1.5.	Tratamento e análise dos dados .....	44
2.1.6.	Considerações éticas.....	46
3.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	49
3.1.	A expressão de ansiedade.....	51
3.2.	A ameaça da cirurgia.....	54

3.3.	As experiências cirúrgicas anteriores .....	61
3.4.	O processo de hospitalização .....	63
3.5.	A doença.....	67
3.6.	O Processo de <i>Coping</i> .....	70
3.7.	O papel do acesso à informação .....	79
3.8.	A importância da comunicação com os profissionais de saúde.....	85
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	89
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
ANEXOS .....		101
ANEXO I: Carta de participante .....		103
ANEXO II: Consentimento informado .....		107
ANEXO III: Guião de entrevista .....		111
ANEXO IV: Autorização do Presidente do Conselho de Administração HSJ .....		115
ANEXO VI: Parecer da Comissão de Ética.....		119
ANEXO VII: Autorização do Diretor do Serviço de Neurocirurgia .....		125

## Lista de Tabelas

TABELA 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes .....	42
TABELA 2: Categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo .....	50
TABELA 3: A Expressão da Ansiedade .....	51
TABELA 4: Ameaça da Cirurgia .....	55
TABELA 5: Experiências Cirúrgicas Anteriores .....	61
TABELA 6: O Processo de Hospitalização .....	64
TABELA 7: A Doença .....	68
TABELA 8: O processo de <i>Coping</i> .....	71
TABELA 9: O Papel do Acesso à Informação .....	80
TABELA 10: A Importância da Comunicação com os Profissionais de saúde.....	85



## Lista de Figuras

FIGURA 1: Modelo transaccional de stresse de Lazarus e Folkman (1984).....	30
--	----



## Resumo

A investigação tem evidenciado que os tratamentos cirúrgicos são situações indutoras de stresse e ansiedade. No caso particular da neurocirurgia, ciência médica com uma evolução relativamente recente, o doente confronta-se também com medos enraizados em crenças sobre a incapacidade e o risco de vida associados a esta especialidade.

O estudo visou contribuir para o desenvolvimento de práticas que promovam um acompanhamento mais personalizado, com o conhecimento das vivências indutoras de stresse do doente no pré-operatório da neurocirurgia.

A investigação alicerçou-se numa abordagem qualitativa na qual participaram 12 doentes, que se encontravam internados no Serviço de Neurocirurgia de um Hospital Central da Zona Norte, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 32 e os 64 anos. Como instrumento de recolha de dados foi usada uma entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados através de um método misto de análise de conteúdo.

No período pré-operatório os doentes neurocirúrgicos vivenciam um conjunto de emoções e sentimentos, destacando-se entre estes a ansiedade.

Foram identificadas diferentes formas de expressão da ansiedade e os vários fatores no período pré-operatório, que na perspetiva dos doentes, constituem aspetos determinantes na vivência de stresse, como sejam os riscos associados à própria cirurgia, o processo de hospitalização, a evolução da doença, a influência das experiências cirúrgicas anteriores, o papel das estratégias de *coping* para lidar com o stresse, e a importância da informação e comunicação com os enfermeiros.

Entre os estímulos desencadeantes de stresse, os doentes apontaram de forma mais significativa os aspetos diretamente ligados aos procedimentos cirúrgicos, mas também circunstâncias associadas ao processo de hospitalização, tais como, a separação da família ou o afastamento da sua vida socioprofissional.

A identificação dos diversos fatores indutores de stresse no pré-operatório no doente neurocirúrgico revela-se extremamente importante, na medida em que poderá permitir uma maior focalização do enfermeiro do bloco operatório de neurocirurgia, em aspetos

como o esclarecimento de dúvidas através da comunicação adequada de informação, ou promoção de estratégias de  *coping*  eficazes.

Neste contexto, a implementação da visita pré-operatória de enfermagem por parte do enfermeiro do bloco operatório de neurocirurgia poderá constituir um meio privilegiado para uma intervenção de enfermagem adequada.

Palavras-chave: stresse, ansiedade, pré-operatório, neurocirurgia

## Abstract

Research shows that surgical treatments are stress and anxiety inducing situations. In the particular case of Neurosurgery, a medical speciality with a relatively recent development, patients are also confronted with fear based in popular beliefs about risks of death and disability associated with this specialty.

The present study aims to contribute for the development of nursing practices promoting a more personalized attendance, through the knowledge of the stress-inducing situations experienced by patients in the pre-operative period of a neurosurgical procedure.

This work is based in a qualitative analysis, involving 12 patients, admitted in the Department of Neurosurgery of a Central Hospital in northern Portugal. Patient's age ranged between 32 and 64 years, and both genders were included. As data collecting method, a semi-structured interview was used. Data were analyzed through a mixed content-analysis method.

In the preoperative period, neurosurgical patients experience a set of emotions and feeling, anxiety as the most significative. Several important factors have been identified, in the pre-operative period, that, in patients perspective, may be relevant in the way the pre-operative period is experienced, such as the surgical risks, the hospitalization itself, the evolution of the disease, the influence of previous surgical experiences, the role of coping strategies, the anxiety expression patterns and aspects concerning information and communication.

Among all the stress inducing stimuli, aspects in direct relationship with the surgical procedure itself were the most significant in patient's opinion. Also, aspects concerning the hospitalization, such as familial and professional absence, are referred as being very important with nurses.

The identification of stress-inducing factors in the pre-operative period in the neurosurgical patient is very important, since it allows that the neurosurgical OR nurse may be focused in aspects like the clarification of doubts through an adequate information, the valorization of positive psychological features and promotion of effective coping strategies.

In this context, the implementation of the OR nurse pre-operative visit may be a very important tool in order to achieve an adequate nurse intervention.

Key words: stress, anxiety, pre-operative period, neurosurgery

## 0. INTRODUÇÃO

A evolução técnico-científica associada à área dos cuidados de saúde permite o tratamento de doenças outrora incuráveis ou incapacitantes, recorrendo a técnicas cada vez mais complexas. Atualmente, os doentes deparam-se com um ambiente hospitalar altamente tecnológico e sofisticado, principalmente se a situação clínica exige uma intervenção cirúrgica (Pritchard, 2010).

A hospitalização implica o afastamento da pessoa da sua vida habitual, a necessidade de se integrar num ambiente, muitas vezes perturbador, e de lidar com sofrimentos inerentes à própria doença, ao contexto dos cuidados, aos exames de diagnóstico e aos tratamentos, entre os quais a cirurgia.

O ambiente hospitalar e a alta tecnologia dos blocos operatórios, facilmente transformam o hospital num ambiente despersonalizante, principalmente quando os profissionais centralizam a sua atenção nos aspetos mais técnicos. Esta prática é posta em causa pelas novas evidências relativas aos cuidados de saúde, as quais apontam para a necessidade dos profissionais atenderem à perspetiva pessoal e necessidades dos doentes, no planeamento dos seus cuidados.

O doente é muitas vezes internado poucas horas antes da intervenção cirúrgica, sendo confrontado com a necessidade de se ajustar rapidamente ao meio hospitalar e de se entregar aos cuidados de pessoas estranhas, o que gera naturais constrangimentos físicos e emocionais. É ainda evidente a dificuldade em encarar a sua própria situação, bem como, as repercussões futuras na sua vida (Leitão, 1992; Melo, 2005). Assim, a intervenção cirúrgica, independentemente da idade da pessoa, é em si mesmo um episódio específico de vivências marcadas pela insegurança do momento e pela incerteza do depois (Leitão, 1992). Por tudo isto, a chegada ao bloco operatório (BO) é geralmente marcada por um estado de stresse significativo.

No caso particular da neurocirurgia, ciência médica com uma evolução relativamente recente, o doente confronta-se também com medos enraizados em crenças sobre a incapacidade e o risco de vida associados a esta especialidade médica, que é

considerada uma área de alto risco, com elevada probabilidade de complicações. Na sua prática diária, o enfermeiro do BO contacta com doentes que relatam dúvidas, preocupações e medos associados à intervenção cirúrgica, e ao seu estado de saúde/doença. Dado o interesse pelo tema, e após uma pesquisa bibliográfica inicial, constatamos existirem poucos estudos na área da neurocirurgia. Encontramos inúmeros estudos comprovando que a cirurgia é um procedimento indutor de stresse e ansiedade, no entanto, a maioria destes estudos, sendo do tipo quantitativo, demonstraram essencialmente a existência de níveis elevados de stresse e poucos exploraram as circunstâncias indutoras de stresse e medos, no período pré-operatório.

Neste estudo, tomamos por referência a existência de investigação que demonstra que o stresse pré-operatório é uma realidade que merece ser trabalhada no domínio das intervenções de enfermagem, na medida em que, para as pessoas com níveis mais elevados de stresse e ansiedade, a recuperação física e psicológica é afetada negativamente.

Considerou-se ainda que o acompanhamento do doente que vai ser submetido a uma intervenção neurocirúrgica deve centrar-se nas necessidades do doente, porque só o próprio doente poderá transmitir aquilo que o preocupa e o que lhe causa angústia. É nesta área que este estudo pretende dar contributos, nomeadamente, identificar os fatores que contribuem para o stresse permitindo perceber as necessidades dos doentes no pré-operatório de neurocirurgia para suportar intervenções dos enfermeiros neste período. Pretendemos assim, conhecer as vivências indutoras de stresse do doente no pré-operatório da neurocirurgia, com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de práticas que promovam um acompanhamento mais personalizado.

Em termos de organização geral do documento, no primeiro capítulo é apresentado o enquadramento teórico. Para a fundamentação teórica recorreu-se ao modelo transacional de stresse de Lazarus e Folkman (1984), porque em vez de assumir que os *stressores*<sup>1</sup> atuam da mesma forma com todos os indivíduos, este modelo destaca a avaliação individual que cada indivíduo faz da situação.

O segundo capítulo deste trabalho descreve os aspetos metodológicos que sustentaram o percurso da investigação, nomeadamente, o tipo de estudo, o método de amostragem, os objetivos e questões orientadoras, o contexto do estudo e participantes, o procedimento e as estratégias de recolha e análise de dados, assim como, as considerações éticas.

---

<sup>1</sup> *Stressores* é utilizado neste trabalho como sinónimo de fatores indutores de stresse.

No terceiro capítulo são apresentados os resultados e efetuada a sua análise e discussão.

Por fim, as considerações finais, onde também se faz referência às limitações do estudo e implicações para futura investigação.



## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No sentido de sustentar a problemática em estudo foi realizada uma revisão bibliográfica em torno da problemática do stresse no período pré-operatório e no domínio específico da neurocirurgia.

Assim, à luz da melhor evidência, procuramos compreender de que forma um evento neurocirúrgico pode ser um indutor de stresse e quais as respostas mais comuns face a esse acontecimento crítico. Neste âmbito, importa compreender o contexto pré-operatório na sua especificidade da neurocirurgia, assim como, o acompanhamento que deve ser proporcionado pelos profissionais de saúde aos utentes.

### 1.1. A cirurgia e a pessoa doente

A ansiedade e o stresse são comuns na vivência dos doentes que vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica (Jawaid, et al., 2007; Wetsch, et al., 2009; Pritchard, 2011). Porque constituem sensações desconfortáveis e podem ter consequências no tratamento do doente, tem-se verificado um interesse crescente no estudo dos seus fatores causais (Caumo, et al., 2001; Gallagher & McKinley, 2007), das repercussões a nível da cirurgia e recuperação do doente (Maranets & Kain, 1999; Deyirmenjian, Karam & Salameh, 2006; Kagan & Bar-Tal, 2008), e ainda, de intervenções destinadas a diminuir a ansiedade e o stresse (Fern, 2008; Jlala, et al., 2010; Pinar, Kurt & Gungor, 2011).

Segundo Lazarus e Folkman o stresse pode ser conceptualizado como uma relação particular entre a pessoa e o seu contexto, que na perspetiva da pessoa excede os seus recursos e põe em risco seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984).

Ainda na perspetiva dos mesmos autores e do *International Council of Nurses* (2011) a ansiedade é uma emoção negativa que se traduz em sentimentos de ameaça, perigo e angústia.

Na literatura existe, frequentemente, uma sobreposição entre os conceitos de ansiedade e de stresse, pelo que, os dois termos são utilizados indistintamente por muitos autores. A ansiedade (estado) é uma resposta emocional que envolve sentimentos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, acompanhada por um aumento da atividade do sistema nervoso autónomo; é situacional e transitória, não persistindo para além do episódio causal (Caumo et al., 2001). A ansiedade também tem sido definida como um sintoma, representando a reação ao stresse e *distress* psicológico resultantes de situações de ameaça ou perigo (Lachman, 1983, Cit. por Kagan & Bar-Tal, 2008).

Estudos recentes têm demonstrado que os procedimentos cirúrgicos são um *stressor* multidimensional contemplando não só o próprio ato cirúrgico mas também outros aspetos relacionados com os procedimentos associados, como por exemplo a anestesia (Gibertoni, 1967; Grieve, 2002), a algaliação, os processos de cicatrização e a imobilidade, entre outros. Nestes estudos, são também mencionados, como potenciais *stressores*, possíveis consequências da cirurgia, como o afastamento da família e do trabalho (Egan, 1992, Cit. por Caumo et al., 2001; Asilioglu & Celik, 2004; Pritchard, 2011).

Os estudos que focam a ansiedade e o stresse são múltiplos e relacionam-se com diferentes tipos de cirurgia: cirurgia ginecológica (Maranets & Kain, 1999; Pinar, Kurt, & Gungor, 2011), cirurgia da mama (Binns-Turner, et al., 2011), artroplastia da anca e do joelho (Kagan & Bar-Tal, 2008) e cirurgia cardíaca (Gallagher & McKinley, 2007). Relativamente à neurocirurgia existe pouca informação acerca da incidência e gravidade da ansiedade pré-operatória em doentes submetidos a cirurgia programada (Perks, Chakravarti & Manninen, 2009) e embora alguns autores defendam que a ansiedade pré-operatória é um problema para os doentes com tumor cerebral, com implicações relevantes em termos clínicos, não existem instrumentos de avaliação específicos para este grupo de doentes (Goebel, Kaup & Mehdorn, 2011).

Num estudo realizado por Deus (2009), sobre as vivências do doente oncológico no período pré-operatório, foram identificados sentimentos e emoções como a ansiedade, a preocupação, o medo, a incerteza e o pessimismo (entre outros).

Num outro estudo sobre as vivências do doente cirúrgico, no perioperatório de cirurgia programada, Silva (2002) verificou que no pré-operatório e intraoperatório sobressaíram as preocupações relacionadas com a componente emocional, enquanto no pós-operatório com a componente fisiológica. Também verificou que neste período o

doente precisava de mais apoio, informação e disponibilidade por parte dos profissionais de saúde para expor as suas dúvidas e compreender as informações transmitidas.

Groot e colaboradores (1997) investigaram o comportamento e o sofrimento físico, no período pré-operatório, em 126 doentes submetidos a cirurgia lombar, concluíram que as queixas físicas e a ansiedade pré-operatória estavam associadas positivamente à ansiedade pós-operatória, tendo também associado a ansiedade pré-operatória às queixas físicas no pós-operatório.

O diagnóstico de doença grave associado à vivência da evolução da própria patologia interferem na avaliação que a pessoa faz da situação, levando-a a colocar em causa o futuro, determinando, desta forma, sentimentos de ansiedade e depressão (Moos & Holahan, 2007). Também num estudo efetuado por Mok e Mphil (2008), com 102 indivíduos sofrendo de dor lombar, se concluiu que a ansiedade e a depressão eram preditivas da intensidade da dor.

Da revisão da literatura efetuada por Boer e colaboradores (2006), a partir de 15 estudos, concluiu-se que o resultado após discectomia lombar é determinado por um conjunto de variáveis biopsicossociais, mais concretamente, um baixo nível educativo, um maior nível de dor pré-operatória, uma menor satisfação com o trabalho, uma maior duração da licença por doença. Os autores referem ainda que a presença de estratégias de fuga e evitamento, e níveis mais elevados de ansiedade e somatização, preveem resultados mais desfavoráveis após a cirurgia, no que se refere à dor, incapacidade funcional e capacidade de trabalho.

A chegada ao bloco operatório é sempre precedida da sensação de medo: medo do desconhecido, do ambiente estranho, medo da cirurgia e do seu resultado, medo da anestesia, das alterações da imagem corporal e até talvez medo da morte (Phipps, Sands & Marek, 2003). No estudo qualitativo realizado por Salimena e colaboradores (2010), com o objetivo de compreender os sentimentos de 12 mulheres que iam ser submetidas a cirurgia ginecológica, os autores verificaram que a morte era uma das suas preocupações.

A separação da família, antecipação da dor, incapacidade, perda de independência e medo da cirurgia e da morte, são fatores que podem desencadear os sintomas de ansiedade (Egan, 1992, Cit. por Caumo et al., 2001). Na cirurgia cardíaca, sentir dor ou desconforto e encontrar-se afastado de casa e do trabalho são as maiores causas de stresse (Gallagher & McKinley, 2007).

Jawaid e colaboradores (2007) realizaram um estudo no Paquistão, para determinar os diferentes fatores responsáveis pela ansiedade pré-operatória, em 193 utentes admitidos para serem submetidos a vários tipos de cirurgia (hépatobiliar, gastrointestinal, mama, ano-retal, testicular, tiroide e hérnias), e segundo os autores, os fatores que mais contribuíram para a ansiedade pré-operatória foram a preocupação com a família, o medo de complicações pós-cirúrgicas, o resultado da cirurgia e a dor no pós-operatório. Neste mesmo estudo, os doentes relataram recear mais o procedimento cirúrgico do que o anestésico.

A ansiedade é vivenciada de forma e intensidade diferente de acordo com múltiplos fatores: sociodemográficos, psicológicos, experiência cirúrgica anterior. Calais (2003), afirma que existe uma relação entre o stresse, a saúde e o género feminino, defendendo que as mulheres parecem estar mais expostas ao stresse, tanto por características biológicas como por características culturais. Por exemplo, em cirurgias eletivas as mulheres apresentam maior nível de ansiedade do que os homens (Badner, et al., 1990; Karanci & Dirik, 2003; Kiyohara, et al., 2004; Santos, et al., 2006; Gallagher & McKinley, 2007; Prichard, 2011), o que também se verifica em doentes submetidas a neurocirurgia (Perks, Chakravarti & Manninen, 2009).

O historial de cancro e hábitos tabágicos, distúrbios psiquiátricos, perceção negativa acerca do futuro, depressão, ansiedade, tipo de cirurgia, dor moderada a intensa, género feminino e classificação ASA<sup>2</sup> III na avaliação do estado físico, aumentam o risco de ansiedade no pré-operatório (Caumo et al., 2001; Karanci & Dirik, 2003). A experiência cirúrgica prévia associa-se também a uma diminuição da ansiedade (Badner et al., 1990; Caumo et al., 2001).

Pereira e Zago (1998) efetuaram um estudo qualitativo com a participação de 12 doentes que se encontravam no período pós-operatório, com o objetivo de identificar os aspetos culturais que influenciavam a dor no doente cirúrgico. Os resultados deste estudo mostraram que há um padrão nas atitudes e comportamentos de reação à dor, compatível com a cultura, nomeadamente, a ocidental. Na cultura ocidental a dor está relacionada a outras formas de sofrimento para além da dor física, como por exemplo o stresse, a conflitos interpessoais e inesperadas adversidades. Dentro deste padrão de

---

<sup>2</sup> ASA III - A classificação ASA é a classificação do estado físico dos pacientes. O ASA III significa que existe uma alteração sistémica intensa relacionada com patologia cirúrgica ou enfermidade geral (*American Society of Anesthesiologists*, 2012).

comportamento, a dor adquire diferentes contornos, fundamentadas na história de vida cultural dos doentes.

Frequentemente quanto maior é o nível de ansiedade, maior é a necessidade de informação que estas pessoas apresentam (Kiyohara et al., 2004; Durling, et al., 2007; Pinar, Kurt & Gungor, 2011). Contudo, a importância da informação no pré-operatório para diminuir a ansiedade do doente não é confirmada em todos os estudos (Asilioglu & Celik, 2004; Deyirmenjian, Karam & Salameh, 2006).

### *1.1.1. O período pré-operatório*

Por definição, o período perioperatório engloba o pré-operatório, intraoperatório e o pós-operatório. O período pré-operatório inicia-se no momento da tomada da decisão da intervenção cirúrgica e termina quando a pessoa é transferida para a mesa cirúrgica (Brunner & Suddarth, 1993; Sorensen & Luckmann, 1998; Marek & Boehnlein, 2003; Phipps, Sands & Marek, 2003).

O período do pré-operatório segundo Moraes e Carvalho (2007) subdivide-se em período pré-operatório mediato e imediato. O período pré-operatório mediato inicia-se com a tomada de decisão do tratamento cirúrgico até às 24 horas que antecedem a cirurgia e poderá demorar dias ou meses. O período pré-operatório imediato compreende as 24 horas anteriores à cirurgia, ou seja, a véspera da cirurgia.

O pré-operatório imediato pode não ser o período mais apropriado para a partilha de informação, porque os doentes podem estar demasiado apreensivos e corre-se o risco de interpretarem de forma incorreta a informação que é disponibilizada. A informação só é apreendida se for sentida a sua necessidade, pelo que, é fundamental que os profissionais conheçam o perfil social e cultural dos doentes antes de iniciarem um protocolo de fornecimento de informação (Holmes, 2005; Deyirmenjian, Karam & Salameh, 2006).

É da responsabilidade dos profissionais de saúde garantir que os doentes propostos para cirurgia eletiva recebam adequada preparação física e psicológica, no entanto, com as crescentes exigências dos serviços de saúde, pouco tempo é dedicado às necessidades psicológicas do doente cirúrgico (Pritchard, 2010). Numa visita pré-operatória o enfermeiro deve providenciar informação acerca dos procedimentos, porque tem sido demonstrado

que esta medida ajuda a reduzir a percepção de falta de controlo que o doente sente em relação ao processo cirúrgico, reduzindo assim a sua ansiedade e a morbilidade pós-operatória (Joyce-Moniz & Barros, 2005; Durling et al, 2007). A visita pré-operatória é também uma oportunidade para o doente colocar questões, expressar os seus medos e preocupações ( Holmes, 2005; Durling, et al., 2007).

A ansiedade dificulta a gestão e controlo da dor no pós-operatório (Thomas, et al., 1995; Kain, et al., 2000), aumenta a necessidade de medicação analgésica neste período (Durling, et al, 2007), prolonga o tempo de convalescença (Wallace, 1984), e aumenta ainda os requisitos anestésicos durante a cirurgia (Maranets & Kain, 1999). Uma ótima gestão da dor deve contemplar uma abordagem farmacológica através de analgésicos e anestésicos, associada a condutas não farmacológicas, através de terapias físicas e técnicas cognitivo-comportamentais (Xavier, Torres & Rocha, 2005).

Da revisão da literatura efetuada por Munafò e Stevenson (2001), sobre a associação da ansiedade com a recuperação cirúrgica, os autores identificam a ansiedade como um preditor potencialmente importante na recuperação. No entanto, há um número de características psicológicas, tais como comportamentos de  *coping* , que podem ser relevantes para a compreensão de quaisquer associações entre ansiedade e recuperação.

Num estudo realizado por Kagan e Bar-Tal (2008), a incerteza e ansiedade pré-operatória afetaram negativamente a recuperação em doentes submetidos a artroplastia da anca e do joelho, nomeadamente a nível do bem-estar, dos sintomas físicos (vómitos, dor, insónia e obstipação) e da saúde mental no pós-operatório. Num outro estudo realizado com mulheres submetidas a cirurgia para laqueação de trompas por laparoscopia, as que apresentaram maior nível de ansiedade pré-operatória foram as que necessitaram de maior dose de anestésico para obter o efeito hipnótico desejável durante a cirurgia (Maranets & Kain, 1999).

Pritchard (2010) propôs a utilização de uma escala visual analógica para facilitar a avaliação da ansiedade dos doentes no pré-operatório e possibilitar a implementação de estratégias de suporte ao doente e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

O reconhecimento das causas e das repercussões da ansiedade e do stresse no doente cirúrgico, são uma mais-valia para ajudar os profissionais de saúde a desenvolverem intervenções com o objetivo de diminuir os níveis de ansiedade e ajudar o doente a lidar de forma mais saudável e eficaz com o processo cirúrgico (Gallagher & McKinley, 2007; Pritchard, 2010).

São várias as propostas no sentido de ajudar a o doente a lidar com a situação cirúrgica. A preparação emocional e psicológica para a cirurgia desempenha um papel fundamental na redução da ansiedade, pelo que se recomenda que no pré-operatório seja oferecida informação verbal complementada com informação escrita e técnicas de relaxamento (Walker, 2002; Pinar, Kurt & Gungor, 2011). Doentes submetidos a cirurgia abdominal, referem não se lembrarem especificamente da informação dada pelas enfermeiras no pré-operatório, no entanto, as orientações recebidas revelaram-se úteis para lidar com o processo cirúrgico (Phipps, Sands & Marek, 2003; Kruse, et al., 2009;).

O uso de informação pré-operatória via multimédia (vídeo) reduziu a ansiedade em doentes submetidos a cirurgia com anestesia loco-regional (Jlala et al., 2010). Em mulheres com cancro da mama, submetidas a mastectomia, a música utilizada desde o período pré-operatório até à saída do recobro mostrou ser uma medida, não invasiva, eficaz na diminuição da ansiedade, da pressão arterial média, da frequência cardíaca e da dor (Binns-Turner et al., 2011). A hipnose revelou ser igualmente eficaz no alívio da ansiedade em doentes no período perioperatório (Fern, 2008).

Na literatura existem várias referências a estratégias para atendimento do doente cirúrgico no sentido de reduzir o stresse e a ansiedade, e promover estratégias de *coping*.

Num artigo de Holmes (2005) é apresentada uma visão dos aspetos práticos envolvidos na introdução da visita pré-operatória assim como da informação escrita. Este autor recomenda que a visita pré-operatória deve ser individualizada e adaptada às necessidades reais dos doentes, assim como a informação escrita deve ser fornecida através de folhetos (como reforço do conhecimento), nos quais devem constar os procedimentos do pré-operatório. Walker (2002) preconiza a informação escrita como uma medida adjuvante na preparação eficaz. Demonstrou a utilidade da música, do humor e imaginação guiada na redução da ansiedade no pré-operatório. José (2008) também realizou um estudo sobre esta temática tendo demonstrado que o humor tem o papel minimizador da ansiedade e da angústia induzida pelo internamento nos doentes, e também ajuda a diminuir o stresse vivenciado pelos enfermeiros, melhorando as relações interpessoais. Noutro estudo de natureza qualitativa e realizado por Johnson (2002), com 9 mulheres com cancro da mama, as participantes deram importância ao humor por parte dos enfermeiros na promoção das relações de confiança.

### *1.1.2. A neurocirurgia*

A Neurocirurgia é uma especialidade de desenvolvimento relativamente recente, vocacionada para o tratamento das doenças do sistema nervoso e suas estruturas envolventes. Iniciada nas primeiras décadas do Século XX, sofreu um processo lento de divulgação, e pode ser considerado que só no final do século passado atingiu patamares de qualidade uniforme nos países desenvolvidos. Os elevados custos e o campo de atuação relativamente restrito em termos populacionais têm originado esse desenvolvimento algo lento, sendo verdade que os padrões de qualidade não são facilmente atingíveis em países de recursos limitados (Greenblatt, 1997).

Na esmagadora maioria dos serviços, a neurocirurgia tem sobretudo dois grandes campos de atuação, a patologia cerebral e a patologia raquidiana e dos nervos periféricos. Nas últimas décadas, têm surgido novos e estimulantes capítulos da especialidade, como é o caso da neurocirurgia funcional, nas várias vertentes. Igualmente significativa é a neurocirurgia pediátrica, pela grande incidência e variedade das patologias.

No âmbito da patologia craniana existem áreas de ação mais importantes, no que respeita ao número de doentes tratados. A patologia tumoral cerebral, a patologia vascular (inclui o tratamento de aneurismas cerebrais), a patologia traumática (de elevada prevalência) ocupam grande parte dos tempos cirúrgicos da especialidade. A nível de patologia raquidiana, as patologias mais frequentes são a degenerativa e a tumoral.

Uma das particularidades da especialidade prende-se com a urgência de tratamento em numerosas situações, já que um bom resultado só é possível se efetuado em tempo adequado. São exemplos a patologia traumática e a patologia vascular cerebral, mas a necessidade de opções terapêuticas rápidas pode ser evidente noutras situações, como sejam a existência de hipertensão intracraniana por tumores cerebrais ou a presença de compressões medulares com rápida deterioração neurológica. Naturalmente, em muitas outras situações é possível a programação das intervenções cirúrgicas.

Deve ser referido que, a neurocirurgia apresenta, mesmo em centros desenvolvidos, taxas de morbilidade e mortalidade significativas, embora o desenvolvimento técnico tenha permitido a obtenção de resultados progressivamente melhores (Greenblatt, 1997). Ainda assim, pode dizer-se que a especialidade é fortemente

dependente da experiência da equipa cirúrgica e da disponibilidade de capacidade técnica adequada, a qual apresenta custos elevados e permanente modernização.

Um dos desenvolvimentos mais importantes nesta área diz respeito ao aparecimento de unidades de cuidados intensivos (UCIs). As UCIs são unidades dirigidas para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida (Urden, Stacy & Lough, 2008). Assim, os doentes que necessitam de internamento em UCIs são aqueles que estão em estado de saúde crítico ou que apresentam potencial risco para tal, necessitando de uma vigilância contínua e intensiva.

Atualmente verifica-se a evolução para unidades específicas para doentes neurocirúrgicos, o que tem permitido o desenvolvimento de numerosos meios de monitorização neurológica e de protocolos de atuação, utilizados no tratamento pós-operatório dos doentes neurocirúrgicos e fundamentais para a melhoria global dos resultados nesta área (Ropper, 2004).

A crença<sup>3</sup> popular, fortemente enraizada, da quase inevitabilidade de um resultado negativo após uma intervenção neurocirúrgica, principalmente quando se trata de patologia craniana, baseia-se sobretudo no facto de o desenvolvimento da especialidade ser recente. Não deixa de ser verdade que os resultados que eram possíveis há cerca de 30 anos estavam longe de proporcionar um sentimento de segurança aos doentes que se submetiam a uma cirurgia, com taxas de morbilidade e mortalidade elevadas e tempos de internamento muito prolongados. Intervenções como a cirurgia de aneurismas cerebrais apresentavam taxas de mortalidade da ordem dos 10 a 15%, quando atualmente essa taxa ronda os 2% (Carter & Spetzler, 1995). As cirurgias raquidianas, aliás raras para além da cirurgia de hérnia de disco, apresentavam taxas de complicações e maus resultados da ordem dos 20%, atualmente reduzidas para cerca de 5% (Pechlivanis, et al., 2009).

Apesar destes factos, continua a ser uma especialidade considerada de risco significativo pela maioria das pessoas, quer no que respeita a risco de vida, geralmente associado à cirurgia craniana, quer no que diz respeito a uma eventual limitação física, comum à cirurgia craniana e raquidiana. Outro aspeto importante, e que de alguma forma diferencia os dois tipos de intervenção, prende-se com o carácter mais ou menos súbito de aparecimento da doença. Nos doentes com patologia cerebral, o diagnóstico é muitas vezes abrupto, sem sintomas significativos indicadores da doença, ou com sintomas

---

<sup>3</sup> Crença – refere-se a configurações cognitivas, sendo a noção preexistente da realidade que serve de suporte (Lazarus & Folkman, 1986).

frequentemente atribuídos a outras patologias, pelo que existe em muitos casos um choque psicológico importante para o doente, confrontado subitamente com uma doença grave e uma intervenção cirúrgica arriscada. Já nos doentes com patologia raquidiana é frequente que os sintomas existam há muito tempo, e se tenha verificado tentativas de recurso a técnicas não cirúrgicas sem êxito, pelo que é espectável uma reação de alívio e de esperança por parte do doente, no sentido de conseguir alívio para a sua situação, apesar do hipotético risco.

## 1.2. O stresse

O conceito de stresse é frequentemente associado a situações e experiências desagradáveis, com eventuais consequências negativas para a saúde e bem-estar psicológico. Contudo, a definição de stresse não é simples.

Cannon (1939) definiu o stresse como um conjunto de forças externas que produzem efeitos transitórios ou permanentes sobre o indivíduo. Outros autores consideraram o stresse como uma resposta ou conjunto de respostas fisiológicas e psicológicas de uma pessoa, quando confrontada com um determinado estímulo ambiental ou *stressor*, ou seja, perante situações que possam produzir resultados negativos para a saúde e bem-estar. Assim os trabalhos de Selye (1956, 1965, 1982, Cit. por Labrador, 1995) foram considerados os pioneiros na perspetiva biológica, definindo o stresse como “*a resposta geral do organismo perante qualquer estímulo ou situação stressante*” (p. 22).

Desde os anos 50 do século XX, foi reconhecido que os estímulos nocivos não provocam respostas idênticas em todos os indivíduos, tornando-se evidente a necessidade de entrar em linha de conta com diferenças individuais nas vertentes motivacionais e cognitivas que condicionam a relação entre o estímulo nocivo e a reação de cada indivíduo a este estímulo (Folkman, et al., 1986).

Autores como Lazarus e Folkman (1984) partiram do princípio de que o stresse surge de processos percetivos e cognitivos, que produzem sequelas físicas e psicológicas. Lazarus (1966) interpretou a interação entre agentes *stressores* e o ser humano em termos de apreciação e avaliação. Deste ponto de vista, a condição de stresse só existe quando o

indivíduo a percebe como tal, salientando as diferenças individuais, condicionadas por fatores inerentes ao próprio indivíduo e ao seu meio ambiente. De facto, só é possível definir adequadamente o stresse se tiver em conta o contexto social em que a pessoa se encontra (Peiró, 1993).

Lazarus (1993) sublinhou a relação do estímulo/indivíduo/fatores ambientais, e considerou que, apesar das diferentes definições, alguns aspetos essenciais são comuns nas análises sobre stresse. Assim, quatro conceitos são fundamentais e transversais às várias teorias de stresse:

- 1- Uma causa externa ou pessoal (o estímulo);
- 2- A avaliação psicológica que é efetuada acerca do estímulo, considerando-o nocivo ou benigno;
- 3- O processo de *coping*, ou seja, o modo como o indivíduo vai lidar com o estímulo;
- 4- A reação de stresse, processo físico e psicológico complexo, envolvendo os efeitos do stresse sobre o indivíduo.

O modelo transacional de stresse de Lazarus e Folkman (1984) constituiu uma das principais referências teóricas nesta área e, por isso, foi adotado na contextualização teórica do presente trabalho. Esta teoria realça a interdependência entre as cognições, as emoções e os comportamentos. Conforme referido, os autores consideraram o stresse como o resultado da interação do meio ambiente e da própria pessoa, preconizando a existência de um processo cognitivo de avaliação de uma determinada situação e de uma “decisão” relativamente ao carácter mais ou menos ameaçador (e conseqüentemente stressor) dessa mesma situação. Neste sentido, existe uma avaliação individual de determinados factos ou acontecimentos, e uma avaliação dos recursos individuais para lidar com essa situação.

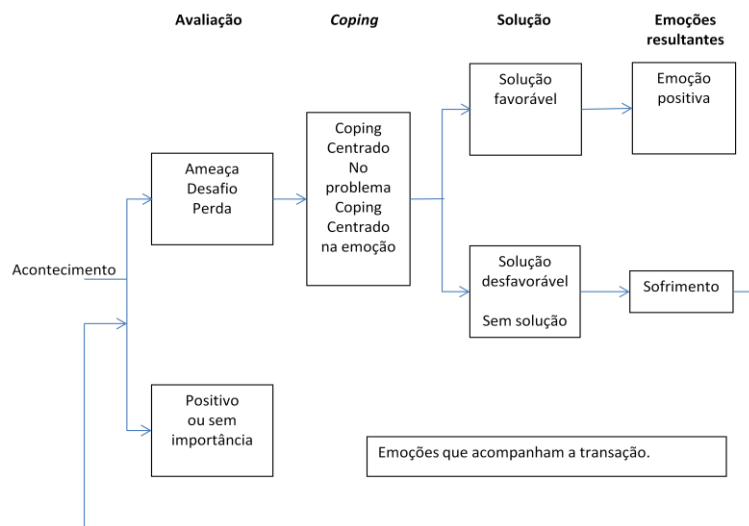
Frequentemente, o stresse e ansiedade são utilizados como sinónimos, no entanto, o stresse é uma resposta multifatorial, baseada numa avaliação cognitiva, a ansiedade reporta-se a uma emoção negativa que depende da avaliação do estímulo stressor.

### 1.2.1. Modelo transacional de stresse

O modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984), também chamado modelo cognitivo de stresse, sublinhou a importância dos processos mentais de avaliação do stresse. A avaliação cognitiva é o processo através do qual o indivíduo avalia, interpreta e julga o significado e o alcance de um acontecimento, para o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984). As reações de stresse resultam da relação entre a exigência do evento e meios disponíveis. Essa relação é, no entanto, mediada por processos cognitivos (juízos de valor e outros). Assim, não só os fatores externos podem agir como stressores, mas também fatores internos e pessoais, como valores, objetivos, padrões culturais, etc. Ou seja, as características do indivíduo e os fatores que rodeiam o acontecimento influenciam o conjunto dos processos de avaliação.

Segundo este modelo (ver Figura 1) o stresse resulta da relação entre o indivíduo e o meio, sendo avaliado pelo sujeito como prejudicial ou como excedendo os seus recursos e ameaçando o seu bem-estar.

FIGURA 1: Modelo transacional de stresse de Lazarus e Folkman (1984)



Os autores evidenciaram o domínio cognitivo do indivíduo para avaliar e lidar com o stresse. Assim, perante uma ameaça, o indivíduo é confrontado com um processo complexo, que tem início na percepção da situação em causa, na sua avaliação e no

desencadeamento de estratégias de confronto para lhe fazer face. Esta conceção pressupõe, portanto, uma dimensão cognitiva de classificação de uma determinada situação como ameaçadora (avaliação), seguindo-se de um esforço cognitivo e comportamental para lidar com a situação de stresse (*coping*). A avaliação constitui de facto o mediador cognitivo da reação de stresse, já que o ser humano avalia de forma constante os acontecimentos e o significado destes para o seu bem-estar (Folkman et al., 1986).

O modelo prevê dois processos complementares de reação ao estímulo stressor. O processo de avaliação engloba a avaliação primária, mediante a qual o indivíduo avalia a importância do acontecimento para o seu bem-estar, e a avaliação secundária, em que o indivíduo avalia a sua capacidade para lidar com a situação em causa. Estes dois tipos de avaliação vão conduzir a respostas fisiológicas (por exemplo, aumento do ritmo cardíaco), cognitivas (por exemplo, crenças sobre as consequências de um acontecimento), emocionais (por exemplo, medo) e comportamentais (por exemplo, fuga).

As avaliações das relações entre o indivíduo e o meio são influenciadas pelas características pessoais tais como: os valores, os objetivos pessoais, os compromissos, as crenças de si próprio e do mundo que o rodeia, os padrões de motivação e recursos pessoais de *coping* (Folkman et al., 1986). A avaliação também é influenciada por variáveis do meio tais como: a natureza do perigo, a sua eminência, a sua duração, e a existência e qualidade dos recursos de apoio social facilitadores do processo *coping*.

As reações de adaptação são necessárias perante situações julgadas negativas, nocivas ou ameaçadoras. É de referir que, mesmo na avaliação primária, existem condicionantes específicos de cada indivíduo, quer do ponto de vista pessoal, quer do ponto de vista ambiental, podendo ter consequências diferentes em pessoas diferentes. Esse facto implica que o stresse não pode ser considerado como uma simples reação de ativação específica, mas sim que o reconhecimento do carácter do estímulo como negativo envolve estados emocionais muito distintos e com grande variabilidade interpessoal (Lazarus, 1991).

Num equilíbrio dinâmico em que se traduz o ciclo vital do ser humano, surge o *coping*, definido por Lazarus (1991) como esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências específicas, internas ou externas, e os conflitos entre elas, que são avaliadas como excessivas ou excedendo os seus recursos pessoais. A eficácia das estratégias de *coping* utilizadas depende das características individuais, da ameaça, da avaliação da

situação e dos seus resultados (Folkman & Greer, 2000). Este conceito tem sido amplamente estudado por estar associado à saúde e à adaptabilidade social. Os mecanismos de *coping* são aqueles que as pessoas utilizam na resolução de problemas e na diminuição da ansiedade que lhes está associada, prevendo portanto a análise de variáveis psicossociais.

O *coping* consiste, portanto, em esforços constantes e em permanente evolução que são efetuados pelo indivíduo para lidar com exigências que poderão exceder os recursos disponíveis (Lazarus & Folkman, 1984). Se um determinado acontecimento for considerado como ameaçador na avaliação primária e se os recursos existentes para lidar com a situação forem considerados insuficientes, esta constatação conduzirá ao desenvolvimento de esforços individuais no sentido de lidar com a situação eliminando, reduzindo ou evitando a ameaça.

Em primeiro lugar, o *coping* é determinado pelo próprio processo cognitivo, ou seja, está focado no modo como a pessoa avalia um determinado estímulo stressor. Em segundo lugar, o *coping* é contextual, isto é, depende de fatores pessoais e ambientais que influenciam o modo como a pessoa avalia a situação. Em terceiro lugar, não apresenta por si só uma valorização positiva ou negativa do estímulo stressor, no sentido que constitui o esforço de resposta que o indivíduo encontra para lidar com a situação stressora, sejam esses esforços bem ou mal sucedidos.

As reações de *coping* podem ser funcionais ou disfuncionais conforme cumpram ou não a sua função de superação da situação nociva pela adaptação a essa situação.

Na perspetiva de Carver e Scheier (1994) as pessoas desenvolvem formas comuns de lidar com o stress (estilos de *coping*) que influenciam as suas reações a novas situações. Para estes autores os estilos de *coping* são uma forma habitual de resposta ao confronto, nas quais são utilizadas estratégias face a uma determinada situação.

Com base na perspetiva de Lazarus e Folkman (1986), existem dois tipos de estratégias de *coping*: *coping* centrado no problema e *coping* centrado na emoção. O *coping* centrado no problema constitui um esforço para atuar na situação stressante, tendo por objetivo o seu controlo. As estratégias de *coping* centradas no problema predizem um melhor funcionamento global, uma diminuição da incapacidade física e funcional, melhor adesão ao regime terapêutico, melhor autoestima e melhor qualidade de vida (Maes, Leventhal & Ridder, 1996). O *coping* centrado na emoção engloba um conjunto de pensamentos e ações que têm por objetivo a gestão do estado emocional provocado pela

situação de stresse sem, no entanto, agir diretamente sobre o problema. Consiste assim num processo de *coping* que visa apenas a mudança da forma como se interpreta ou convive com a situação.

Segundo a teoria de *coping* de Lazarus e Folkman (1984, Cit. por Pais-Ribeiro & Santos, 2001), a maior parte dos indivíduos recorre a oito estratégias fundamentais de *coping*, como forma de lidar com os acontecimentos stressores:

- *Coping* confrontativo (são esforços agressivos de alteração da situação, sugerindo um certo grau de hostilidade e de risco).

- Distanciamento (são esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação).

- Autocontrolo (são esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações).

- A procura de suporte social (são esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional).

- Aceitação de responsabilidade (é o reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor o próprio bem-estar).

- Fuga/evitamento (esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema).

- Resolução planeada do problema (são esforços focados sobre o problema, deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema).

- Reavaliação positiva (são os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal, podendo existir uma dimensão religiosa).

Uma outra variável que foi introduzida no modelo diz respeito às emoções. Folkman e Lazarus (1991) consideraram que a emoção e o *coping* se influenciam mutuamente, numa relação dinâmica e recíproca, em que a emoção interfere com o *coping*, sendo que este pode afetar a reação emocional. O *coping* influencia a relação entre o indivíduo e meio, bem como a resposta emocional, modificando o significado subjetivo da situação no que respeita ao bem-estar do indivíduo, através da atividade cognitiva. Lazarus (1993) considerou que, apesar de o stresse ser um conceito útil e importante, este deve ser alargado para incluir o conceito de emoções, defendendo que o stresse psicológico, que se centra nas emoções negativas, deve ser tido em conta como fazendo parte dum conceito abrangente que engloba tanto as emoções positivas como as negativas, sendo estas de elevada relevância no modo como pensamos e agimos. Para além disso, o mesmo autor

referiu que o reconhecimento de um número definido de emoções específicas permite uma muito maior compreensão dos fenómenos de *coping*.

O estudo das emoções proporciona um número muito maior de categorias de reação, proporcionando uma análise mais adequada do modo como são avaliados e valorizados os estímulos *stressores*. Lazarus (1991, 1993) definiu diferentes tipos de emoções consideradas negativas: fúria, medo, ansiedade, culpa, vergonha, tristeza, inveja, ciúme e desgosto, as quais condicionam o bem-estar da pessoa. Foram igualmente definidas quatro emoções positivas: alegria, orgulho, alívio e amor. Lazarus definiu ainda emoções de valorização inespecífica: esperança, compaixão e gratidão. Deve referir-se que a multiplicidade das emoções está relacionada com o contexto em que elas se manifestam, e também com as características pessoais de cada indivíduo. Se é verdade que cada emoção depende da avaliação efetuada ao estímulo *stressor*, não é menos verdadeiro que cada pessoa efetua essa avaliação de forma diferente consoante as circunstâncias em que é confrontada com a situação *stressora*.

Uma emoção é desencadeada por razões ambientais e condicionada pelas motivações pessoais e culturais do indivíduo, o que se coaduna com o princípio da teoria, em que é dado particular relevo à avaliação cognitiva efetuada pelo indivíduo acerca do estímulo *stressor*.

É evidente que muitas destas emoções são expressas pelo ser humano doente, de forma complexa e multidimensional, já que pode verificar-se uma coexistência de várias emoções no mesmo indivíduo e esse conjunto emocional pode evoluir ao longo do tempo.

Nesta perspetiva, a confrontação com uma intervenção cirúrgica vai despoletar um processo que consistirá na adoção de estratégias de *coping* para enfrentar ou adaptar-se à situação (Lazarus & Folkman, 1986; Carver & Scheier, 1994). Deve referir-se de novo que a qualidade do *coping* não existe em absoluto, só podendo ser avaliada em função da situação, podendo estar bem adaptada num contexto e não noutra (Moos & Holahan, 2007). O *coping* adequado a uma determinada situação seria aquele que conduziria a um ajustamento, proporcionando saúde, bem-estar e funcionamento social (Folkman & Greer, 2000).

A cirurgia desencadeia alterações emocionais que interferem na forma como esta é encarada pelos doentes, pelo que alguns autores procuraram investigar quais as estratégias de confronto face ao stress, desencadeadas pelas avaliações cognitivas sobre esse evento. Moraes e Peniche (2003) procuraram identificar as estratégias de *coping* em 40 doentes de

cirurgia de ambulatório, tendo verificado que, os mecanismos de *coping* mais utilizados foram os de suporte social, seguidos dos de resolução de problemas e reavaliação positiva. Apesar de não existir uma correlação estatisticamente significativa entre ansiedade e mecanismos de *coping* utilizados, os autores encontraram uma tendência na utilização do mecanismo de fuga e evitamento.

Noutro estudo desenvolvido por Sorlie e Sexton (2001) com 482 doentes cirúrgicos em diferentes tipos de cirurgia (urológica, cardíaca e gastrointestinal), no momento da admissão, verificaram que a resolução planeada do problema foi de todas, a estratégia de *coping* mais utilizada. Concluíram que antes da cirurgia os doentes procuravam informação e apoio social, que esta procura era tanto maior quanto maior fosse a ameaça percebida.

Em suma, vários são os fatores que podem despoletar o stresse, e devem ser considerados em situações de doença e/ou internamento hospitalar. Em resultado, a abordagem ao indivíduo deve ser multidimensional contemplando áreas como a expressão de stresse do indivíduo que vai ser submetido a uma cirurgia.

Os receios relativos às complicações inerentes aos procedimentos cirúrgicos e anestésicos são despoletados, frequentemente, por défices de informação. Por conseguinte, a qualidade da informação que é fornecida aos doentes no pré-operatório é fundamental no desenvolvimento de estratégias que visam a minimização do impacto do fator *stressor* e, portanto, na recuperação do indivíduo após a cirurgia.

A informação fornecida no pré-operatório foi alvo de pesquisa no sentido de perceber como esta interfere no estado de stresse no pré-operatório, existindo vários estudos que se debruçaram tanto na quantidade como na qualidade da informação fornecida neste período. Sainio e Eriksson (2003) realizaram um estudo com 273 doentes oncológicos, tendo concluído que metade dos participantes não tinha recebido informações suficientes sobre o prognóstico, as alternativas de tratamento e os seus efeitos. A prestação de informação escrita foi considerada como insuficiente e a maioria dos entrevistados gostariam de ter recebido informações, porque reconheciam que estas tinham um impacto positivo sobre os seus sentimentos e atitudes, e isso ajudava-os a lidar com sua situação.

Noutro estudo efetuado por Gomes (2009) com 96 doentes no pré-operatório de cirurgia concluiu-se que os doentes recebiam pouca informação sobre a preparação pré-operatória e que, demonstravam pouco conhecimento sobre a cirurgia a que iam ser submetidos, sendo que a maioria necessitava de mais informação.

Melo (2005) comprovou estatisticamente, que os doentes mais informados sobre a sua situação clínica apresentavam um grau de satisfação mais elevado, quando comparados com os doentes que não se encontravam informados. Esta autora, também confirmou que existe uma relação entre o nível de satisfação do doente e a ansiedade, tendo verificado que a ansiedade é menor nos doentes informados, comparativamente aos doentes não informados, além de que estes últimos, não se encontravam satisfeitos com a informação recebida.

Suhonen e Leino-Kilpi (2006) fizeram uma revisão da literatura no sentido de explorar o que era conhecido sobre as necessidades de informação dos doentes cirúrgicos, nomeadamente as suas opiniões acerca do fornecimento de informação e da adequação da mesma aos doentes. Concluíram que existia uma falta a nível do conhecimento aprofundado dos reais processos que descrevem as experiências de doentes cirúrgicos. A informação, segundo estes autores, tem um efeito de *empowerment*, que permite ao doente ter mais controlo sobre os seus cuidados de saúde, assim como, se traduz num maior cumprimento do tratamento médico.

## 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo da dissertação é efetuada a descrição do modo como o estudo foi planeado e desenvolvido.

Centrado na pessoa que vai ser submetida a uma intervenção neurocirúrgica, o estudo enquadra-se no período do pré-operatório, procurando identificar os fatores causadores de stresse na perspetiva da pessoa que vai ser submetida a uma cirurgia programada. Da revisão da literatura foram analisados vários estudos (Groot, et al., 1997; Munafò & Stevenson, 2001; Karanci & Dirik, 2003; Asilioglu & Celik, 2004), muitos deles em outros contextos cirúrgicos, mas com extrapolações possíveis para a temática em investigação, o que se revelou necessário dada a quase inexistência de trabalhos específicos acerca do pré-operatório em neurocirurgia. A perspetiva da cirurgia enquanto evento causador de stresse e, por isso, potencialmente indutor de desequilíbrios de ordem psicossocial revelou-se transversal aos trabalhos revistos e analisados.

Nesta fase descreveremos o paradigma escolhido e tipo de estudo, os objetivos da investigação, o contexto do estudo, a caracterização dos participantes, os procedimentos desenvolvidos na colheita, análise e tratamento dos dados, bem como os aspetos éticos relativos ao estudo.

### 2.1. Método

Tendo em conta o fenómeno em estudo, considerou-se o paradigma naturalista como o mais adequado, uma vez que era a nossa intenção compreender o fenómeno a partir da perspetiva dos participantes.

O estudo qualitativo tem como objetivo principal a descrição de um problema desconhecido ou não completamente delineado e a procura da sua definição, explorando um conceito que leva à descrição de uma experiência e à atribuição de um significado a

essa mesma experiência. O método qualitativo baseia-se na crença em múltiplas realidades, na descoberta através de múltiplos modos de compreensão e numa abordagem holística dos seres humanos, procurando entender o fenómeno em estudo a partir dos discursos dos participantes (Fortin, 2009).

Partilhando os fundamentos da abordagem qualitativa, este estudo não tem como objetivo esgotar o conhecimento desta temática, mas sim conhecê-la mais em profundidade num determinado contexto (Streubert, 2002).

Este estudo é do tipo qualitativo e de nível descritivo, sendo os dados recolhidos em forma de testemunhos que foram depois transcritos para análise. Esta investigação possui ainda características de um estudo exploratório pois investiga a complexidade de um fenómeno ainda pouco estudado, como constatamos no processo de revisão bibliográfica, e os fatores que lhe estão associados (Polit, Beck & Hungler, 2004). É também um estudo do tipo transversal, uma vez que a recolha de dados foi feita num único momento (Pais Ribeiro, 1999).

### *2.1.1. Objetivos e questões orientadoras*

A investigação que desenvolvemos, teve como finalidade aprofundar o conhecimento sobre as vivências de stresse e ansiedade do doente no pré-operatório de uma neurocirurgia, perspetivando contribuir para o desenvolvimento de um acompanhamento mais personalizado por parte dos enfermeiros. Assim, definimos os seguintes objetivos para este estudo:

1 - Identificar os fatores associados às vivências de stresse e ansiedade da pessoa que vai ser submetida a uma intervenção neurocirúrgica, no período pré-operatório.

2 - Identificar as estratégias de *coping* utilizadas pela pessoa que vai ser submetida a uma intervenção neurocirúrgica, para lidar com o stresse associado à cirurgia.

3 - Conhecer as necessidades expressas pela pessoa que vai ser submetida a uma intervenção neurocirúrgica, a nível de informação.

4 – Conhecer o papel do enfermeiro na resposta a essas necessidades, na perspetiva da pessoa que vai ser submetida a uma intervenção neurocirúrgica.

Assim, considerando a problemática em estudo e os objetivos definidos, elaboramos as seguintes questões de investigação:

- Como vivencia a pessoa o período pré-operatório de uma neurocirurgia?
- Na perspetiva da pessoa, quais os fatores que se relacionam com o stresse e a ansiedade no pré-operatório de neurocirurgia?
- Como lida a pessoa com o stresse?
- Quais as necessidades expressas pela pessoa relativamente ao processo de informação ao doente?
- Qual o papel do enfermeiro no período pré-operatório segundo a perspetiva da pessoa que vai ser submetida a uma neurocirurgia?

### *2.1.2. Contexto do estudo*

O estudo realizou-se num serviço de neurocirurgia de um hospital central da zona Norte, que presta assistência, a uma ampla faixa populacional, englobando toda a cidade do Porto e regiões limítrofes. Recebe ainda numerosos doentes oriundos de outras regiões do País, que procuram tratamento para patologias às quais o serviço se encontra particularmente vocacionado. É ainda o serviço de referência para toda a patologia pediátrica da região Norte. Dá apoio ao serviço de urgência e funciona 24 horas por dia, sem interrupção ao longo do ano.

Na altura em que foi realizado o estudo o serviço encontrava-se em obras para reestruturação física com criação de um espaço de internamento, unidade de cuidados intensivos neurocríticos (UCIN), unidade de cuidados intermédios e bloco operatório. Nesse momento a UCIN, a unidade de cuidados e intermédios e o BO já se encontravam em instalações definitivas. Pelo que, o nosso estudo coincidiu com a existência de apenas um sector provisório de internamento, instalado em contentores, com 37 camas, que admite doentes transferidos da consulta externa, do serviço de urgência (SU) e de diferentes unidades cuidados intensivos (UCIs).

No que se refere aos doentes admitidos pelo SU, a patologia mais frequente é o traumatismo crânio-encefálico, também situações de patologia vascular cerebral, nomeadamente hemorrágica (e, dentro desta, os aneurismas cerebrais).

Os doentes internados para cirurgia programada apresentam essencialmente, patologia raquidiana, doenças do movimento e patologia cerebral tumoral. Estes doentes são geralmente admitidos na véspera da cirurgia, de modo a diminuir o tempo de internamento.

À entrada no serviço, após o processo administrativo de internamento, é apresentado o serviço ao doente e fornecida informação acerca do seu funcionamento, como por exemplo horário das visitas e dos procedimentos no pré-operatório (necessidade de jejum, banho antes da cirurgia, remoção de próteses e adornos, lavagem da cabeça com antisséptico nas situações de cirurgia cerebral). O doente é ainda submetido a uma pequena consulta com o enfermeiro para a colheita de dados sobre a sua saúde e historial da doença. Normalmente são colocadas questões sobre alergias, tabagismo, alcoolismo, uso de fármacos, história clínica, avaliação dos sistemas orgânicos e experiências cirúrgicas anteriores.

Na manhã da cirurgia, após os cuidados de higiene, é iniciada a perfusão de soroterapia, por cateter venoso periférico, e o doente é conduzido ao BO pelo enfermeiro e assistente operacional.

O pós-operatório da maioria dos doentes neurocirúrgicos realiza-se em UCIs, preferencialmente na UCIN e cuidados intermédios de neurocirurgia. Na maioria dos doentes com patologia raquidiana, sem lesão tumoral e sem patologia associada, o pós-operatório é efetuado na unidade pós anestésica do hospital.

Após a cirurgia, o doente é transferido para a unidade respetiva, com o acompanhamento do enfermeiro do BO, do médico anestesista e de um assistente operacional.

O tempo médio de internamento dos doentes da cirurgia programada é de quatro dias, embora a média geral de internamento no serviço seja de 10 dias, o que se deve, essencialmente, ao internamento dos doentes com patologia cerebral grave traumática ou hemorrágica e que necessitam de maior tempo para recuperação.

### 2.1.3. *Participantes do estudo*

Participaram no estudo 12 doentes que se encontravam internados no serviço de internamento de neurocirurgia apresentado anteriormente.

No que respeita à seleção dos participantes no estudo foram estabelecidos quatro critérios de inclusão: serem adultos, serem internados na véspera da intervenção neurocirúrgica programada, não apresentarem alterações cognitivas que afetassem as suas capacidades de comunicação e terem manifestado voluntariamente a aceitação de participação no estudo. A identificação dos participantes foi efetuada inicialmente através da programação cirúrgica e em colaboração com o enfermeiro do serviço, mediante os critérios de inclusão.

Os participantes foram encaminhados para o gabinete do diretor de serviço ou da enfermeira chefe (gentilmente cedidos). Neste contexto mais reservado foi explicado detalhadamente o estudo em curso e entregue uma carta de participante (Anexo I) onde, de forma escrita, foram prestadas as informações sobre os princípios éticos a respeitar. Foi também pedido o consentimento informado (Anexo II).

Inicialmente os participantes foram selecionados independentemente de a patologia ser raquidiana ou cerebral. No decurso da investigação verificamos diferenças e particularidades na forma como os participantes com patologia cerebral, lidavam com a situação, surgindo a necessidade de fazer mais duas entrevistas. A amostra foi assim constituída por seis doentes com patologia raquidiana (três com discectomia lombar, dois com discectomia cervical e um com laminectomia lombar por patologia degenerativa) e seis doentes com patologia cerebral (cinco doentes com tumores cerebrais e um com nevralgia do trigémeo).

A fim de caracterizar a amostra, são apresentados os dados sociodemográficos dos participantes na Tabela 1.

TABELA 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes

Entrevista	Idade	Gênero	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Filhos	Primeira Cirurgia	Tipo de Cirurgia
E1	32	Feminino	Divorciada	9º Ano	Empregada Fabril	Sim	Não	Coluna
E2	67	Feminino	Viúva	3º Classe	Reformada	Sim	Não	Coluna
E3	42	Masculino	Casado	12º Ano	Empresário	Sim	Sim	Coluna
E4	44	Masculino	Casado	7º Ano	Gerente	Sim	Sim	Coluna
E5	34	Masculino	Casado	12º Ano	Vendedor	Não	Não	Coluna
E6	44	Feminino	Casada	9º Ano	Auxiliar	Sim	Não	Coluna
E7	33	Feminino	Divorciada	Licenciada	Engenheira	Não	Não	Cabeça
E8	62	Feminino	Casada	Licenciada	Reformada	Sim	Não	Cabeça
E9	51	Masculino	Casado	12º Ano	Administrativo	Sim	Não	Cabeça
E10	53	Feminino	Casada	12º Ano	F. Judicial	Sim	Não	Cabeça
E11	57	Masculino	Casado	Licenciado	Engenheiro	Sim	Não	Cabeça
E12	58	Masculino	Casado	4º Classe	Reformado	Sim	Sim	Cabeça

A idade dos participantes varia entre 32 a 67 anos. No que se refere ao sexo, seis participantes são do sexo feminino e seis do sexo masculino.

A maioria dos participantes são casados (nove), dois divorciados e um viúvo. A maioria dos participantes tem filhos, isto é, dez dos participantes.

No que se refere ao nível da escolaridade, três são licenciados, quatro têm como habilitação o 12º ano e dois, o primeiro ciclo.

Ao nível da atividade profissional, os resultados encontrados são bastante diversificados, com atividades profissionais muito distintas e três dos participantes encontravam-se já reformados.

Relativamente a cirurgias anteriores, para nove dos participantes esta não era a primeira cirurgia a que estavam sujeitos, enquanto para três dos entrevistados tratava-se da primeira experiência cirúrgica e de internamento hospitalar.

#### 2.1.4. Procedimento

A entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas, sobretudo nos estudos exploratórios. Em particular, a entrevista semiestruturada é utilizada nos estudos qualitativos, quando está em causa a compreensão do significado de um evento vivenciado pelos participantes (Fortin, 2009).

Por conseguinte, a recolha de dados foi efetuada através de entrevistas semiestruturadas, tendo sido elaborado um guião de entrevista (Anexo III). Conforme referido, as questões incluídas no instrumento foram baseadas em temas identificados na revisão da literatura e na experiência profissional do investigador principal, em consonância com os objetivos que se pretendia alcançar. O guião da entrevista foi elaborado por blocos temáticos no sentido de perceber: como é vivenciado o pré-operatório; quais os fatores que estão associados ao procedimento cirúrgico e que contribuem para o estado de stress e ansiedade vivido pelo doente; que outros aspetos para além dos relacionados com a cirurgia interferem no estado de ansiedade e stress do utente; o grau e tipo de informação que é disponibilizada ao utente no período pré-operatório e quais as necessidades de apoio sentidas pelo utente antes, no dia e após a cirurgia e que podem ser alvo da intervenção do enfermeiro.

As entrevistas foram efetuadas entre 4 de Março a 19 de Maio de 2011, com uma duração que variava entre 30 a 45 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas em suporte de áudio e, posteriormente foram transcritas na íntegra, incluindo hesitações, silêncios e estímulos do investigador (Bardin, 2009).

A entrevista iniciava-se com apresentação do investigador, em que este explicava a sua atividade e o interesse no estudo. Todos os participantes tiveram conhecimento da experiência profissional do investigador na área do bloco operatório da neurocirurgia.

As primeiras entrevistas realizadas foram realizadas com doentes de patologia raquidiana degenerativa e, entretanto, surgiram doentes com patologia cerebral. Após a análise inicial das entrevistas foi logo possível perceber que estes dois tipos de doentes abordavam diferentes questões em torno da temática em estudo, pelo que houve necessidade de prosseguir com as entrevistas até à saturação dos dados (Bogdan & Bilken, 2003). No que se refere a doentes com patologias de movimento não foi incluído nenhum

no nosso estudo pelo facto de não se ter realizado nenhuma cirurgia no período em que decorreu o estudo.

Contamos assim com 12 entrevistas a doentes cuja seleção foi também condicionada por imperativos temporais.

### 2.1.5. *Tratamento e análise dos dados*

Após a colheita dos dados tornou-se importante criar uma organização dos mesmos com o objetivo de serem analisados de acordo com a natureza e objetivos do estudo. A análise de conteúdo foi o método escolhido para o tratamento e análise dos dados segundo Bardin (2009).

Em simultâneo à recolha de dados procedeu-se à transcrição das entrevistas na íntegra. A cada uma das entrevistas foi atribuído um código (E1, E2, E3...), por forma a ser preservado o anonimato. Depois de várias leituras das entrevistas foram extraídos os conteúdos relevantes, que foram depois submetidos a um processo de categorização segundo os objetivos do estudo.

Os dados brutos das entrevistas, transformados por recorte, permitiram atingir uma representação do conteúdo com características pertinentes para análise. Foram de seguida identificadas as unidades de registo, utilizando um critério semântico, que depois de analisadas foram agrupadas em categorias segundo um processo misto dedutivo-indutivo.

Na perspetiva de Vala (1986) o processo de categorização pode ser feito à priori, à posteriori ou através da combinação destes dois processos. Consideramos pertinente optar por combinar os dois processos, de modo que *“as referências teóricas do investigador orientem a primeira exploração do material, mas este, por sua vez, pode contribuir para a reformulação ou alargamento das problemáticas em estudo”* (Vala, 1986, p. 112).

Durante esta primeira análise dos nossos dados a informação foi agrupada em categorias, alicerçadas na literatura disponível e, que de certa forma, também orientaram a construção do nosso guião de entrevista. Ao analisarmos mais profundamente os dados, verificamos que, as unidades de registo (UR) que compunham as categorias, podiam ser

agrupadas em subcategorias, as quais se relacionavam diretamente com as categorias gerais definidas.

De forma a poder inculcar organização aos nossos dados e, desta forma, facilitar o nosso processo de análise e interpretação, foi atribuída uma letra a cada categoria e um número às respetivas subcategorias (exemplo, categoria: a expressão da ansiedade (A), subcategorias: Sentimentos de apreensão (A1), Sintomas somáticos e cognitivos (A2), por forma a criar uma matriz.

Com base na matriz foram criados quadros (para cada categoria e respetivas subcategorias) para facilitar a análise dos resultados e, que também contemplavam o número de participantes nos quais foram identificadas as subcategorias e a frequência das respetivas UR. Consideramos relevante demonstrar a frequência das unidades de registo uma vez que na perspetiva de Bardin (2009) a *“importância de uma unidade de registo aumenta com a frequência de aparição”* (p. 134). Desta forma, com este processo de análise, procuramos regularidades de aparição das UR, indicativas de que *“aquilo se considera como significativo”* (Bardin, 2009, p. 135) pelos participantes.

Mediante os objetivos do estudo foram criadas as seguintes categorias:

- A expressão da ansiedade;
- A ameaça da cirurgia, nomeadamente, as preocupações em torno dos riscos da cirurgia; os receios da anestesia;
- A ansiedade, nomeadamente os sintomas de ordem psicológica ou cognitiva e aspetos somáticos resultante do estado de stresse vivenciado;
- Outras preocupações referenciadas, que influenciaram a vivência do pré-operatório, no que respeita à doença, às experiências cirúrgicas prévias, o processo de hospitalização, à qualidade da informação e à comunicação enfermeiro/doente. O processo de  *coping*  como estratégias utilizadas pelo indivíduo para lidar com a situação de stresse.

À medida que as unidades de registo se foram agrupando por estas categorias, surgiram outras unidades que não se enquadravam nas categorias existentes e, pela regularidade do seu aparecimento nas entrevistas foi criada outra categoria nomeadamente *“o processo de coping”* e subcategorias como *“estratégias de coping”* e *“estilos de coping”*, aspetos que se revelaram importantes para a compreensão das formas como eram confrontadas as circunstâncias em torno da cirurgia e das estratégias para lidar com o stresse. Todas as unidades de registo foram quantificadas e explicitadas ao longo do capítulo da apresentação e discussão dos resultados.

Após a categorização houve a necessidade de novamente procurar suporte teórico e comparar as categorias à luz da teoria transacional de stresse de Lazarus e Folkman (1984), conferindo-lhe uma sequência lógica e possibilitando o início da discussão dos resultados.

A análise de conteúdo será apresentada através de quadros que identificam as categorias e as subcategorias.

As unidades de registo mais representativas das subcategorias serão destacadas ao longo da apresentação e discussão dos resultados.

#### *2.1.6. Considerações éticas*

Em todo o trabalho de investigação, que envolva seres humanos, deve existir uma preocupação ética, de modo a salvaguardar os direitos dos participantes abrangidos na pesquisa. Nas últimas décadas foram elaborados vários códigos de ética com o intuito de auxiliar o investigador no desenvolvimento do conhecimento científico, sem no entanto deixar de proteger os direitos dos participantes. Polit e colaboradores (2004) fazem referência ao Relatório de Belmont, aprovado em 1978, que elege três princípios éticos, nomeadamente o princípio da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça.

Os métodos de investigação qualitativa, nomeadamente a recolha de dados por entrevista individual, tornam o anonimato impossível. Porém, a confidencialidade deve ser mantida, razão pela qual os investigadores têm a responsabilidade de assegurar que os dados relativos aos participantes serão trabalhados de modo a que só o investigador conheça a fonte.

Foi elaborado o consentimento informado para a participação no estudo (Anexo II), e a carta de informação ao participante (Anexo I), e garantido o esclarecimento aos participantes sobre as finalidades do estudo, bem como, a confidencialidade das declarações e a possibilidade de se recusarem a responder a qualquer pergunta ou abandonar o estudo em qualquer momento se assim o desejassem, facto que nunca se verificou na realização deste estudo.

Para a elaboração deste estudo foi pedida a autorização ao Presidente do Conselho de Administração (Anexo IV), o parecer da Comissão de Ética (Anexo V) e autorização do Diretor de Serviço da Neurocirurgia para a colheita de dados (Anexo VI). A autorização foi concedida em 28 de Fevereiro de 2011 (Anexo VII).



### 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em seguida, será feita a apresentação dos resultados assim como a sua discussão.

Da análise das entrevistas emergiram oito categorias: **a expressão da ansiedade, a ameaça da cirurgia, as experiências cirúrgicas anteriores, o processo de hospitalização, a doença, o processo de *coping*, o papel do acesso à informação, a importância da comunicação com os profissionais de saúde**, bem como as respectivas subcategorias, apresentadas na Tabela 2.

TABELA 2: Categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	
A EXPRESSÃO DA ANSIEDADE	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sentimentos de apreensão</li> <li>-Sintomas somáticos e cognitivos</li> </ul>	
A AMEAÇA DA CIRURGIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Representação acerca do local anatómico da cirurgia</li> <li>-Procedimentos cirúrgicos</li> <li>-Anestesia</li> <li>-Resultados da cirurgia</li> <li>-Dor</li> <li>-Morte</li> </ul>	
AS EXPERIÊNCIAS CIRÚRGICAS ANTERIORES	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Negativas</li> <li>-Positivas</li> <li>-Conhecimento dos procedimentos</li> </ul>	
O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>-A permanência no serviço de internamento</li> <li>-Separação da família</li> <li>-Interrupção da atividade profissional</li> </ul>	
A DOENÇA	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Percurso até à cirurgia</li> <li>-O Impacte do diagnóstico</li> </ul>	
O PROCESSO DE <i>COPING</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégias de <i>coping</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distanciamento</li> <li>Fuga-Evitamento</li> <li>Autocontrolo</li> <li>Resolução planeada problema</li> <li><i>Coping</i> confrontativo</li> <li>Suporte social</li> <li>Aceitação de responsabilidades</li> <li>Humor</li> <li>Reavaliação positiva</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estilos <i>coping</i></li> </ul>
O PAPEL DO ACESSO À INFORMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicos</li> <li>Outros (amigos, familiares, etc.)</li> <li>Enfermeiros</li> <li>Meios de comunicação social (TV, Internet, etc.)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Áreas de informação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pré-operatório</li> <li>Destino pós-operatório</li> <li>Visitas</li> <li>Recuperação</li> </ul>
A IMPORTANCIA DA COMUNICAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento/Simpatia</li> <li>- Clarificação dúvidas</li> </ul>	

### 3.1. A expressão de ansiedade

Segundo Lazarus (1993) a ansiedade faz parte das emoções negativas, definindo-se como um vago e incómodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonómica (a fonte é frequentemente não especificada ou desconhecida para o indivíduo) ou um sentimento de apreensão causado pela antecipação do 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.

A cirurgia provoca ansiedade por estar associada a medo do desconhecido, à dor, às alterações da imagem corporal, aos tratamentos, às alterações na função, à perda de controlo e à morte (Marek & Boehnlein, 2003). A expressão de ansiedade surge da avaliação que o indivíduo faz da sua reação ao stresse, que se traduz em respostas somáticas e cognitivas, e em sentimentos de apreensão (ver Tabela 3).

TABELA 3: A Expressão da Ansiedade

CATEGORIA: A EXPRESSÃO DA ANSIEDADE														
	Entrevistas												Total Participantes	Total Unidades Registo
	Cirurgia Raquidiana						Cirurgia Cerebral							
Subcategorias:	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12		
Sentimentos de apreensão	1	3	4	2	2	2	9	5	5	5	2		11	40
Sintomas somáticos e cognitivos		2							1	3	1		4	7

- **Sentimentos de apreensão**

Os sentimentos de apreensão incluem as verbalizações de preocupação e medo que se geram em torno da aproximação do ato cirúrgico, sendo por isso, uma expressão da ansiedade.

*“Acima de tudo ansiedade. É a ansiedade que pronto..., é um processo que estou à espera há cinco meses” (E3)*

*“O stresse está cá dentro, é uma energia forte, uma tensão enorme, nota-se. Agora há uma dor ... uma dor nostálgica” (E9)*

Entrevista

Da análise dos resultados verificamos que são os indivíduos que vão ser submetidos a cirurgia cerebral (26 UR) os que verbalizam mais frequentemente sentimentos de apreensão quando comparados com os indivíduos que vão ser submetidos a cirurgia raquidiana (14UR). Estas diferenças podem estar relacionadas com o facto de os doentes de cirurgia cerebral encararem a sua situação como de pior prognóstico. Num estudo de Perks, Chakravarti e Manninen (2009) também foram os doentes que iam ser submetidos a cirurgia cerebral os que apresentaram níveis mais elevados de ansiedade.

Atendendo às características sociodemográficas da amostra verificamos ainda que os indivíduos que verbalizam mais frequentemente sentimentos de apreensão são do sexo feminino (24 UR), o que vai de encontro aos resultados de outros estudos. Karanci e Dirik (2003) realizaram um estudo sobre ansiedade pré e pós-operatória, com 146 participantes submetidos a cirurgia abdominal de urgência, tendo verificado que os participantes do sexo feminino evidenciavam maiores níveis de ansiedade pré-operatória. Também num estudo quantitativo desenvolvido por Kiyohara e colaboradores (2004) que visava avaliar os níveis de ansiedade na véspera da cirurgia programada, verificou-se que as mulheres apresentavam maiores níveis de ansiedade. Este mesmo resultado foi ainda encontrado num estudo com 100 participantes que iam ser submetidos a craniotomia e realizado por Perks, Chakravarti e Manninen (2009).

Paralelamente deparamo-nos com quatro casos em que há uma referência à diminuição ou ausência de apreensão, dando por vezes lugar a algum otimismo, que provavelmente é reflexo da avaliação que o indivíduo faz dos seus recursos para diminuição do stresse e da inevitabilidade da cirurgia.

*“Não a vejo, não a vejo com grande preocupação. Eu abordo estas situações com alguma confiança” (E5)*

*“Sinto-me tranquilo. Agora sei que tenho de fazer esta operação” (E11)*

Entrevista

Com base na perspectiva de Lazarus e Folkman (1984) esta reação de otimismo está muitas vezes ancorada em mecanismos de *coping* centrados no problema, o que terá repercussões numa melhor qualidade de vida.

- **Sintomas somáticos e cognitivos**

Verificamos que a maioria dos participantes não referiu a presença de sintomas somáticos e cognitivos de ansiedade, enquanto reações ao stress. No entanto, quatro dos doze participantes verbalizaram os seguintes sintomas: dificuldades em dormir, emagrecimento e dificuldade de concentração.

*“Tomo muitos comprimidos para dormir e já não durmo” (E2)*

*“Tenho sessenta e tal quilos, por aí, mas também emagreci estes dias” (E10)*

*“Há dias que tenho sentido desorientação, falta de concentração, de atenção. Pois, a preocupação também contribui para isso, com certeza.” (E11)*

Entrevista

É de salientar que dois dos quatro participantes que mencionámos têm problemas anteriores ao acontecimento cirúrgico, que podem desencadear sintomas somáticos e cognitivos de ansiedade. Nomeadamente, o participante E2 já tomava medicação para dormir anteriormente a este processo patológico, em resultado da morte do marido que desencadeou um processo de depressão. Já o emagrecimento do participante E10 pode dever-se ao problema patológico subjacente à intervenção cirúrgica (nevralgia do trigémeo), que é referenciado na literatura como um processo muito doloroso à mastigação e, que conseqüentemente, gera emagrecimento (Wood, 2004), de qualquer forma, este sintoma é referenciado três vezes por este participante. Nos outros dois participantes, os sintomas de dificuldade em dormir (E9) e as alterações da concentração de (E11) não têm aparentemente relação com a patologia, mas podem estar associados à expressão de ansiedade associada ao procedimento de cirurgia cerebral.

### 3.2. A ameaça da cirurgia

A cirurgia é avaliada pela pessoa como uma ameaça que causa stresse e que põe em perigo o seu bem-estar físico independentemente da finalidade da mesma (Groot, et al., 1997, Munafò & Stevenson, 2001; Karanci & Dirik, 2003; Asilioglu & Celik., 2004).

Nesta categoria foram agrupadas unidades que de forma mais direta expressavam os medos, receios e preocupações vivenciados pelos participantes relativamente a todo o processo que envolve a cirurgia.

Com base na análise mais aprofundada das verbalizações dos participantes foram ainda definidas as seguintes subcategorias: **Representações acerca do local anatómico da cirurgia, Procedimentos cirúrgicos, Anestesia, Os resultados da cirurgia, Dor e Morte** (Tabela 4).

TABELA 4: Ameaça da Cirurgia

CATEGORIA: A AMEAÇA DA CIRURGIA														
	Entrevistas												Total de Participantes	Total Unidades Registo
	Cirurgia Raquidiana						Cirurgia Cerebral							
Subcategorias:	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12		
Representação acerca do local anatómico da cirurgia	4	1			2	1	4	4	1	10	2		9	29
Procedimentos cirúrgicos							4	1		2			3	7
Anestesia	1	3	1		5	1	1	3				2	8	17
Os resultados da cirurgia	7	2		9	12	2	10	8	3	4	1	1	11	59
Dor				1			3			1			3	5
Morte		3						1	1				3	5

- **Representações acerca do Local Anatómico da Cirurgia**

Nesta subcategoria incluíram-se as unidades que expressam a importância dada ao local da cirurgia, a qual parece ser influenciada pela crença de que a neurocirurgia é uma área muito nobre e que pode, por isso, envolver também consequências nefastas, sendo particularmente relevante a possibilidade de ameaça à qualidade de vida.

*“É um sítio muito melindroso” (E1)*

*“E por ser na coluna ficamos sempre com receio, ..., por estarmos a mexer na coluna “ (E5)*

Entrevista

Das 12 entrevistas, nove dos participantes evidenciaram esta preocupação, que foi mais notória no grupo que vai realizar cirurgia cerebral, mas igualmente referida por quatro participantes de cirurgia raquidiana.

No grupo de participantes de cirurgia cerebral, a ameaça inerente ao local anatómico da cirurgia é sentida de uma forma ainda mais intensa (21 UR), como se pode notar nas seguintes unidades:

*“O cérebro comanda tudo no nosso corpo, então se houver alguma situação, seja o que for, acho que é importante” (E7)*

*“Mas operar a cabeça... é qualquer coisa que... que me choca, que me choca muito, ...” (E8)*

*“Claro que nós sabemos que o cérebro não é uma perna, não é um dedo, não é... não sei... E eles também não sabem o que está aqui, só depois de abrir. A cabeça representa tudo, é o que comanda...” (E10)*

Entrevista

Assim, o local anatómico de realização da cirurgia é algo que é encarado pelos participantes como intensificando o carácter de ameaça da cirurgia. Consideram que estas áreas neurocirúrgicas são áreas especialmente delicadas nas quais qualquer intercorrência pode despoletar complicações graves quer a nível físico, quer a nível psicológico. No estudo realizado por Perks, Chakravarti e Manninen (2009) que visou avaliar o nível de ansiedade pré-operatória em doentes neurocirúrgicos, verificaram que o receio de complicações físicas e psicológicas que surgissem decorrentes da cirurgia eram as que traduziam maiores níveis de ansiedade.

- **Procedimentos Cirúrgicos**

A preocupação com os procedimentos cirúrgicos (intraoperatórios) é apenas verbalizada por três dos participantes que iam ser submetidos a cirurgia cerebral. Um dos participantes apontou os procedimentos cirúrgicos como indutores de stresse, pelo facto de saber que a determinada altura da cirurgia iria ser acordado e que a cirurgia prosseguiria consigo consciente. Este procedimento surge assim para o doente como uma ameaça muito significativa.

*“É um bocadinho assustador. Por exemplo, houve aí umas reportagens.” (E7)*  
*“Preocupa-me o estar acordada (...) é assustador, estar ali três horas. Aquele aparato todo, para mim, é assustador.” (E10)*

Entrevista

- **Anestesia**

Os medos e a apreensão em torno da anestesia prendem-se essencialmente com o desconhecimento do modo como esta se processa, daquilo que pode acontecer enquanto o doente se encontra sob o efeito da anestesia e ainda, com o medo de não acordar. Os participantes também referem, apreensivamente, os desconfortos que podem advir do processo anestésico. Esta ameaça foi referenciada por oito dos 12 participantes, com maior ocorrência nos participantes de cirurgia raquidiana (cinco participantes) do que nos participantes de cirurgia cerebral (três participantes).

*“ (...) de ficar muito tempo a dormir se calhar, não sei. Tenho medo também, pronto.” (E7)*

*“Eu lido muito mal com as anestésias. A única coisa que sei é que vou ter um dia horrível.” (E5)*

Entrevista

Por outro lado, encontramos também testemunhos de confiança nos procedimentos da anestesia, minimizando os medos e receios.

*“Não estou com medo da anestesia. Eu sei que me vão pôr a adormecer, tudo bem” (E8)*

Entrevista

Estes resultados vão de encontro ao que geralmente é referenciado na literatura, em que a anestesia constitui um dos principais *stressores* associados aos procedimentos cirúrgicos (Grieve, 2002; Phipps, Sands & Marek, 2003; Prichard, 2011). Inclusive, num estudo de Jawaid e colaboradores (2007) realizado com 193 doentes no pré-operatório de cirurgia programada, verificou-se que os doentes que eram submetidos a anestesia geral apresentavam níveis mais elevados de ansiedade do que os doentes que eram submetidos a anestesia raquidiana, o que reforça a crença de que a perda de consciência e

consequentemente de controlo por parte do doente funciona como uma circunstância que intensifica o carater ameaçador do processo.

- **Os Resultados da Cirurgia**

Da análise dos dados constatamos que a preocupação quanto aos resultados da cirurgia e às suas consequências no futuro é transversal a todos os participantes e frequentemente por estes, verbalizada (59 UR).

Anteriormente referimos que no período do pós-operatório, as preocupações dos doentes geralmente expressam-se ao nível da incerteza do futuro e do desconhecimento sobre o resultado da cirurgia (Phipps, Sands & Marek, 2003). De notar que a gravidade do diagnóstico marca também de uma forma decisiva o relato dos participantes. São feitas referências às consequências e limitações que a cirurgia pode provocar, ao nível da integridade e ao nível da incapacidade física, com grandes repercussões pessoais e profissionais.

*“Sei lá, a gente vê tanta coisa, possa deixar de andar, ... Sentir que possa pôr os pés no chão, é só isso que é a minha preocupação” (E1)*

*“O que me assusta mais é o resultado pós cirurgia, o resultado final. A única coisa que me preocupa é como vou ficar...” (E4)*

*“Tenho medo, de não ficar como eu estou agora. Tenho medo de perder, mesmo que seja temporário, algumas capacidades. Não ter mobilidade. Tenho medo de ficar com alguma sequela “ (E7)*

Entrevista

Como já foi referido anteriormente, o período do pós-operatório é muitas vezes encarado pelos participantes com apreensão (Jawaid et al., 2007), uma vez que este é o momento em que é possível verificar alguma complicação (ainda que inicial) que da cirurgia pode advir. É notório no discurso dos participantes o receio da dependência de terceiros, que de alguma complicação cirúrgica pode resultar, o que desencadeia também ansiedade.

No mesmo estudo efetuado por Jawaid e colaboradores (2007) e acima referenciado, os autores concluíram que são fatores responsáveis pela ansiedade pré-operatória, o medo das complicações (87% dos participantes referiram esta preocupação) e os resultados da cirurgia no pós-operatório (82,4%).

- **Dor**

Segundo a literatura um ato cirúrgico é frequentemente considerado um ato acompanhado de dor, mais ou menos intensa, principalmente no período pós-operatório (Pereira & Zago, 1998). No entanto, a “Dor” como ameaça inerente à cirurgia, no nosso estudo não é considerada pela maioria dos participantes como uma preocupação. Apenas um dos participantes do grupo de cirurgia raquidiana verbalizou uma vez a dor como ameaça e dois participantes de cirurgia cerebral consideram a dor como ameaça, sendo que um deles referencia a dor três vezes e o outro apenas uma vez.

“(…) também tenho medo da dor que possa sentir(…) de ter dores, que não consiga suportar” (E7)

“Assusta-me muito a dor” (E10)

Entrevista

Na perspectiva de Jawaid e colaboradores (2007) e Gallagher & McKinley (2007) o receio da dor no pós-operatório contribuiu para a vivência de stresse e ansiedade, uma vez que a dor é um fenómeno frequente no pós-operatório e *“tem um impacto significativa na percepção da qualidade de vida dos indivíduos, podendo levar a modificações no âmbito orgânico, emocional, comportamental e social”* (Xavier, Torres & Rocha, 2005, p. 63). Contudo, no nosso estudo este fator foi pouco referenciado pelos participantes. É importante salientar que nas situações em que a dor já era vivenciada antes da cirurgia, o que é mais característico nos doentes com patologia raquidiana, esta não é referenciada como fator de stresse após a cirurgia, na medida em que os doentes têm inclusive a expectativa de que a cirurgia vá resolver futuramente o problema algico.

- **Morte**

A “morte” como preocupação face à cirurgia constituiu um sentimento pouco verbalizado de forma direta estando antes implícito no discurso dos participantes. Apenas um participante da cirurgia raquidiana e dois participantes da cirurgia cerebral referiram explicitamente a morte como ameaça possivelmente associada à cirurgia.

“Tenho medo de ficar na operação” (choro) (E2)

“(…) eu não queria morrer, tenho os meus filhos” (E8)

Entrevista

---

Contudo nem toda a investigação tem produzido resultados semelhantes, por exemplo, num estudo exploratório, também de natureza qualitativa, que teve como objetivo compreender os sentimentos da mulher proposta para cirurgia ginecológica, Salimena, e colaboradoras (2010) verificaram que a morte era uma preocupação verbalizada pelas doentes.

Em suma, a perspetiva da cirurgia eminente revelou-se como estímulo desencadeador de stresse para a quase totalidade dos participantes, sobretudo nos doentes que iam ser submetidos a cirurgia cerebral. Os elementos *stressores* no âmbito cirúrgico relacionavam-se sobretudo com a possibilidade de surgirem limitações à qualidade de vida, causadas por eventuais complicações associadas à cirurgia. Os participantes verbalizaram receios referentes ao procedimento anestésico, assim como, o facto de não existir qualquer controlo sobre o procedimento cirúrgico em si, o que vai de encontro há evidência que sentimentos de perda de controlo aumentam o nível de ansiedade do doente no pré-operatório (Durling, et al., 2007). No estudo realizado por Jawaid e colaboradores (2007) os doentes apresentavam receio do procedimento cirúrgico significativamente superior ao receio do procedimento anestésico, o que também vai de encontro aos nossos resultados, apesar do estudo referido não contemplar doentes do foro neurocirúrgico.

As representações em torno do local anatómico, independentemente de ser na coluna vertebral ou no cérebro, foram de potencial incapacidade, o que já havia sido também descrito nos estudos de Jawaid e colaboradores (2007) e Perks e colaboradores (2009).

Tomando por referência o modelo transaccional de stresse de Lazarus e Folkman (1984) podemos enquadrar estas subcategorias da “a ameaça da cirurgia” na avaliação primária, ou seja, na avaliação inicial que o indivíduo faz do evento stressante que é a cirurgia.

### 3.3. As experiências cirúrgicas anteriores

Nesta categoria incluíram-se unidades de registo que descrevem experiências cirúrgicas anteriores que de alguma forma parecem ter contribuído para aumentar ou diminuir o stresse vivenciado. Às experiências cirúrgicas anteriores estão associadas experiências negativas, positivas e conhecimentos acerca dos procedimentos (ver Tabela 5).

TABELA 5: Experiências Cirúrgicas Anteriores

CATEGORIA: AS EXPERIÊNCIAS CIRÚRGICAS ANTERIORES														
Subcategorias	Entrevistas												Total de participantes	Total Unidades Registo
	Cirurgia raquidiana						Cirurgia cerebral							
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12		
<b>Negativas</b>		5		1	5	3			1				5	15
<b>Positivas</b>	4			1	1		2	1	1		1		7	11
<b>Conhecimento dos procedimentos</b>		1			1	3			1				4	6

As experiências negativas foram apontadas por cinco dos participantes, na sua maioria participantes da cirurgia raquidiana (quatro participantes), centrando-se essencialmente nos desconfortos que tiveram no pós-operatório como dores de cabeça ou náuseas e vômitos.

*“Desta última tive um pós-operatório terrível, com vômitos. Eu nem conseguia levantar a cabeça, aquilo era terrível” (E5)*

*“A única coisa que eu às vezes penso, é que, das duas vezes que eu fui operada acordei a vomitar, e é horrível” (E6)*

Entrevista

As experiências positivas estavam associadas diretamente com o que os doentes geralmente descrevem como " acordar bem" e foram apontadas por três participantes do grupo de cirurgia raquidiana e por quatro participantes do grupo de cirurgia cerebral.

*"Acordei bem e estava bem... eu acordei como se nada fosse. A primeira vez foi cinco estrelas" (E1)*

*"Acordei muito bem no recobro..." (E5)*

*"Sabe, da coluna eu acordei bem-disposto, porque antes estava num sofrimento tal, que quando acordei já estava sem dor e eu comecei logo a andar" (E9)*

Entrevista

Destacamos ainda, a relação positiva que os participantes estabelecem entre as vivências atuais e as experiências e os conhecimentos adquiridos nas cirurgias anteriores. Quando as experiências foram positivas elas funcionam para os tranquilizar para a experiência cirúrgica que vão ter de viver no momento.

O conhecimento dos procedimentos, nomeadamente do local onde possivelmente irão permanecer após a intervenção cirúrgica, pode também considerar-se um fator que influencia a vivência de stresse, nomeadamente porque permite antecipar o que se irá passar e desta forma aumentar a perceção de controlo sobre a situação, diminuindo o medo e a ansiedade (Joyce-Moniz & Barros 2005). O conhecimento acerca dos procedimentos foi referenciado por quatro participantes, na sua maioria da cirurgia raquidiana (três participantes), os quais tinham tido já experiências cirúrgicas anteriores.

*"Provavelmente iremos, penso eu, por experiência da outra cirurgia, para a sala de recobro, não é?" (E5)*

*"Sabia porque já quando fui operada à tiroide fui para o recobro" (E6)*

Entrevista

Assim e em relação a esta categoria das experiências cirúrgicas anteriores, verificamos que os doentes procuram preparar-se para a neurocirurgia, partindo das suas experiências cirúrgicas prévias, o que em algumas circunstâncias funciona como fator facilitador do confronto, enquanto noutras parece aumentar ainda mais o receio da cirurgia. Mais concretamente, os participantes que referiram experiências prévias negativas apresentam esse fator como estímulo incrementador de stresse, o que se mostrou

particularmente evidente na referência aos receios associados aos desconfortos causados pelo ato anestésico.

Por outro lado, pode considerar-se que as experiências prévias positivas funcionam como fator atenuador do stresse o que aliás foi já descrito noutros estudos (Caumo et al., 2001; Walker, 2002; Phipps et al., 2003; Pritchard, 2009). Um outro exemplo de um estudo com resultados semelhantes é o de Badner e colaboradores (1990), que realizaram um estudo quantitativo com 284 doentes de cirurgia de ambulatório e cirurgia programada, e concluíram que as experiências cirúrgicas anteriores contribuem para a diminuição da ansiedade no pré-operatório.

### **3.4. O processo de hospitalização**

Como referimos anteriormente, na primeira parte deste trabalho, a investigação mostra que o processo de hospitalização, nomeadamente a integração num ambiente estranho e a permanência no serviço de internamento, a separação da família e a interrupção da atividade profissional, são aspetos que contribuem para o stresse (Melo, 2005). E na análise das entrevistas, estes foram também aspetos que os participantes mencionaram como sendo situações associadas à vivência de stresse, pelo que identificamos uma categoria à qual demos a denominação de processo de hospitalização e que tem a si associadas subcategorias que contemplam também estes três aspetos (ver Tabela 6).

TABELA 6: O Processo de Hospitalização

CATEGORIA: O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO														
	Entrevistas												Total de participantes	Total Unidades Registo
	Cirurgia Raquidiana						Cirurgia Cerebral							
Subcategorias:	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12		
<b>A permanência no serviço de internamento</b>	4				3		2	1	1			2	6	13
<b>Separação da família</b>	2					3							2	5
<b>Interrupção da atividade Profissional</b>			3	1		4	2		1	2	1	1	8	15

- **A Permanência no Serviço de Internamento**

Segundo o discurso dos participantes (metade do total dos entrevistados), são essencialmente três as razões que estão na origem do stresse relacionado com o processo de internamento. Em primeiro lugar, as condições físicas que o próprio hospital tem para oferecer às pessoas e que na opinião de alguns participantes são geradoras de desconforto e mal-estar.

*“(…) eu fui à casa de banho e vejo que não temos condições, eu tenho alguma mobilidade, mas imagine pessoas de cadeiras de rodas, é que as pessoas perdem um bocado de dignidade” (E5)*

*“Aqui não tem boas condições, não. Isto é pré-fabricado e isto traumatizou-me um bocadinho” (E8)*

Entrevista

Outro fator é o tempo de internamento, constatando-se um forte desejo, claramente expresso, de não passar muito tempo no hospital. Outro aspeto mencionado

como desencadeante de stresse e ansiedade é o contato com o sofrimento de outros doentes.

*“Faz-me espécie, eu ficar aqui até segunda-feira. Já entro em stresse por estar aqui. O meu maior problema é eu ficar muitos dias internada.” (E1)*

*“Incomoda-me mais ver as outras pessoas, o sofrimento dos outros. Encontram-se situações extremamente debilitadas, com situações graves, que se calhar mexem mais comigo” (E5)*

Entrevista

A permanência no serviço de internamento enquanto indutor de stresse é referenciada por quatro participantes de cirurgia cerebral e por dois participantes da cirurgia raquidiana, o que não parece indicar diferentes vivências em função da patologia em causa.

Este resultado foi também encontrado num estudo de natureza qualitativa desenvolvido por Gallagher e McKinley (2007), realizado com 172 participantes e que visava descrever as preocupações dos pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio e em que se verificou que o processo de hospitalização era também gerador de stresse, nomeadamente no que se refere à mudança dos estilos de vida pessoais. Neste último estudo os pacientes referiam como exemplo de uma circunstância geradora de stresse o ter que dormir numa cama estranha.

- **Separação da Família**

Nesta subcategoria incluíram-se referências à separação da família, o que segundo os participantes era gerador de preocupação, nomeadamente, em relação ao bem-estar dos filhos ao seu cuidado, e às alterações das rotinas familiares. Mais uma vez, este resultado vai de encontro aos de outras investigações em que o tempo de internamento é apontado como indutor de stresse por estar associado à questão da separação da família (Egan, 1992, cit. por Caumo et al., 2001; Gallagher & McKinley, 2007).

Os dois participantes que relataram estas preocupações eram mulheres com filhos pequenos e, talvez por estarem culturalmente inseridas numa sociedade em que o papel da mãe é muito valorizado, esta preocupação seja um fator particularmente contributivo de stresse. Calais (2003) preconiza que existe uma relação entre o stresse, a saúde e o género feminino, defendendo que as mulheres parecem estar mais expostas ao stresse, tanto por

características biológicas como pela constituição subjetiva que a sociedade apregoa para o papel feminino.

*“...é porque tenho um filho de 12 anos e custa e estar longe dele. Custa largar o menino” (E1)*

*“O meu stresse é só o dormir fora de casa e deixar tudo.” (E1)*

*“Sabe como é que é sempre aquela coisa de deixar a casa...” (E6)*

Entrevista

Vários são os estudos que referenciam as mulheres como sofrendo, em geral, de maiores níveis de ansiedade (Badner et al. 1990; Karanci & Dirik, 2003; Santos, et al., 2006; Gallagher & McKinley, 2007; Perks, Chakravarti & Manninen, 2009; Pritchard, 2011). Contudo, é no estudo desenvolvido por Gallagher e McKinley (2007) que o afastamento da família é especificamente apontado como indutor de stresse. Todavia, em nenhum dos estudos referenciados surge uma relação direta entre o sexo feminino e a separação da família enquanto indutor de stresse tal como os nossos resultados parecem sugerir.

- **Interrupção da atividade profissional**

A consequência mais direta da cirurgia na gestão da atividade profissional assume duas dimensões algo distintas. Por um lado, existem oito participantes que relatam como preocupante o facto de se ausentarem da sua atividade profissional, porque têm a seu cargo equipas de trabalho muito dependentes da sua figura enquanto responsável. Por outro lado, a ausência ao trabalho pode causar insegurança a nível da manutenção do posto de trabalho, assim como, nas oportunidades de emprego.

*“Tenho preocupações como tenho o negocio a gerir (...). É o stresse do que se passa lá fora. (...) São várias pessoas que dependem daquele negócio (...)” (E4)*

*“A preocupação do trabalho ainda é muita. Preocupo-me muito com eles, com a equipa que deixei lá (...) não vão dar conta do recado (...)” (E10)*

*“(...) Tenho que meter baixa, sou contratada, é de ano a ano e a gente acaba sempre por estar com aquele receio, não é?” (E6)*

*“...também não quero ir para um novo trabalho (...) quero ir bem e também não quero que eles saibam a que é que vou ser operada” (E7)*

Entrevista

No que respeita a esta subcategoria, é de referir que a preocupação com a equipa de trabalho foi importante nos participantes com negócios a seu cargo e que a prévia programação de atividades pôde ser um fator de impacto positivo em alguns doentes. Não foram encontrados estudos que sustentem os nossos achados.

### 3.5. A doença

A categoria “doença” descreve qualquer referência ao percurso de doença da pessoa até à cirurgia, e ao impacto do diagnóstico da doença, onde estão implícitas representações acerca das características da doença e da sua evolução futura. Neste estudo, os participantes que foram submetidos a cirurgia raquidiana referiram como grande motivação para se submeterem ao tratamento cirúrgico a anterior diminuição da sua qualidade de vida provocada pela doença, a dor e as limitações físicas associadas à doença. Nos participantes de cirurgia cerebral, principalmente naqueles cuja doença se encontrava camuflada, sem sinais visíveis (ou apenas com pequenos sinais), foi notória a perturbação causada pelo impacto do diagnóstico, abrupto e vivido com dramatismo.

TABELA 7: A Doença

CATEGORIA: A DOENÇA														
	Entrevistas												Total de Participantes	Total Unidades Registo
	Cirurgia Raquidiana						Cirurgia Cerebral							
Subcategorias:	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12		
Percurso até à cirurgia	1	3	6	9	3	6	1	2	2	2		1	11	36
O impacte do diagnóstico							2		4	2		1	4	9

- **Percurso até à Cirurgia**

Relativamente à vivência do processo de doença até à cirurgia (referenciado por 11 dos participantes), os dois grupos de participantes apresentam características distintas.

De uma forma global, o grupo de participantes de cirurgia raquidiana revela ter vivido um longo período de limitações físicas onde a dor predominava a par de outras consequências da doença de tendência evolutiva negativa, o que é indutor de stresse.

*“Foi uma dor que me deu. Paralisei do lado direito praticamente (...) o TAC acusou a hérnia” (E1)*

*“Reduziu bastante a qualidade vida, portanto não consigo estar mais de 10 minutos em pé, não consigo caminhar mais do que 50 a 100 metros.” (E3)*

*“...sempre tive problemas mas, andei a fazer fisioterapia e essas coisas todas. Eu tenho um problema que a perna está totalmente parada, é portanto como não tivesse sensibilidade” (E4)*

Entrevista

Os doentes revelaram ainda que os recursos utilizados até então para minimizar a dor e a incapacidade se tinham mostrado inúteis. O recurso à cirurgia, apesar de todos os riscos inerentes, acabou por ser a única opção para tentar reaver alguma qualidade de vida.

Por outro lado, temos os participantes cuja doença surgiu de uma forma abrupta (cirurgia cerebral). A ausência de sintomas de alerta, em alguns casos, ou a descoberta da doença por acaso, foram circunstâncias que também geraram muita ansiedade.

*“Porque eu estou bem, não me sinto doente. Ok, desmaiei mas tanta gente que desmaia e que não tem... e o desmaio não teve nada a ver uma coisa com a outra, e eu estou bem como sempre estive, e agora vou, pronto, vou ser operada, e tenho um tumor.” (E7)*

*“Eu sentia que alguma coisa me prendia. Honestamente não pensei, não associei” (E12)*

Entrevista

Estes resultados vão de encontro aos resultados de um estudo qualitativo desenvolvido por Deus (2009) que pretendeu conhecer as vivências dos doentes oncológicos no período pré-operatório. Este estudo evidenciou que o período pré-operatório é um momento particularmente difícil para o doente, não só pelo diagnóstico e prognóstico incerto, mas também, porque vai ser submetido a uma cirurgia que pode trazer alterações significativas na sua vida.

- **O Impacte do Diagnóstico**

Nesta subcategoria são relatadas reações ao diagnóstico marcadas pela surpresa, choque, dúvidas, ansiedade e medos. Reações, decorrentes da confrontação com uma nova realidade - a doença. Em alguns casos, está instalada a revolta e o inconformismo, avaliando-se de forma retrospectiva todo o percurso de vida.

*“Quando me disse que era uma massa tumoral (...). Foi um choque, e... pronto a partir daí, andei depressiva” (E10)*

*“essa doença, (pausa) a minha primeira reação foi de revolta... essencialmente injustiça , porque devia de ter mais tempo para a família e não tinha, e que agora queria e não, não o tenho” (E9)*

*“(...) são as tais coisas que só pensamos que acontecem aos outros” (E9)*

Entrevista

Verificou-se maior impacte do diagnóstico da doença nos testemunhos dos participantes de cirurgia cerebral (verbalizado por quatro participantes), o que poderá estar

associado ao fato de no grupo de participantes de cirurgia raquidiana, a doença não surgir de forma inesperada.

No grupo de participantes com patologia cerebral verifica-se a existência de um choque brutal, em que tudo muda de um momento para o outro, com a confrontação do indivíduo com o diagnóstico da doença.

É de salientar que no domínio da doença a ansiedade descrita em torno do percurso vivido até à cirurgia é partilhada por todos os participantes (apenas um participante não a mencionou) e daí também a sua maior expressividade em termos do total de unidades de registo (36UR). Já o impacto do diagnóstico da própria doença (9UR) parece ser uma experiência que descreve a vivência dos participantes com patologia cerebral e não da totalidade dos doentes que participaram no estudo.

A doença em si e a sua evolução interferem na avaliação que a pessoa faz da cirurgia (Boer, et al., 2006; Mok & Mphil, 2008). É notório que os doentes com cirurgia raquidiana, em que a doença apresenta geralmente uma evolução longa com recurso a vários tratamentos, encaram a intervenção cirúrgica com um sentimento de esperança, como fim para os seus problemas, o que poderá funcionar como um fator positivo. Já os participantes de cirurgia cerebral em que a doença teve um início súbito, o que se verificou em casos de tumor cerebral, encaram com maior severidade a ameaça percebida, levando a estados emocionais marcantes, tal como nos descrevem também os estudos de Karanci e Dirik (2003) mencionados anteriormente. Também Moos e Holahan (2007) defendem que a ameaça associada ao diagnóstico de doença grave geralmente coloca em causa os planos futuros, podendo inclusive provocar um afastamento da família e rede social. A ameaça será tanto maior quanto maior for a incerteza do futuro. Estas incertezas limitam a capacidade da pessoa para lidar com a ameaça resultante da doença.

### 3.6. O Processo de *Coping*

Esta categoria agrega as unidades de registo que relatam processos que consideramos serem expressivas de estratégias e estilos de *coping* utilizadas pelos participantes para diminuição do stresse (ver Tabela 8). De facto, durante o processo de análise das entrevistas foram evidenciados vários tipos de estratégias de confronto (Figura

6). Como foi referido anteriormente, o processo de *coping* consiste, portanto, em esforços constantes e em permanente evolução que são efetuados pelo indivíduo para lidar com exigências que excedem os recursos disponíveis (Lazarus & Folkman, 1984).

TABELA 8: O processo de *Coping*

CATEGORIA: O PROCESSO DE <i>COPING</i>															
		Entrevistas													
Subcategorias:		Cirurgia Raquidiana						Cirurgia Cerebral							
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	Total de Participantes	Total Unidades Registo
<b>Estratégias coping</b>	Distanciamento	1				2				1	3		3	5	10
	Fuga – Evitamento			3				3				1		3	7
	Autocontrolo	3	5		2	1	2	4	6	2	5	4	3	11	37
	Resolução planeada do problema			1								1	1	3	3
	<i>Coping</i> confrontativo			5				2	1				3	4	11
	Suporte social	1	3				4	1	3	3	3		2	8	20
	Aceitação das responsabilidades							1	1	2	1			4	5
	Humor					2		1						2	3
	Reavaliação positiva	1				2		3	2	3	5	1	1	8	18
	<b>Estilos coping</b>		2	2		2	1	2		1	3	3		8	16

- **Distanciamento**

Nesta subcategoria incluíram-se unidades de registo que descreviam esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação (Folkman & Lazarus (1988) Cit. por Pais Ribeiro & Santos 2001).

*“Agora procuro mesmo nem pensar muito nisso para não entrar em stresse” (E1)*

*“Não vale a pena estar aqui, a ocupar o cérebro com imagens que não valem a pena” (E7)*

*“Não quero pensar como vai ser..., se fico assim, ou..., não penso”. (E12)*

Entrevista

Independentemente do tipo de cirurgia, alguns participantes (cinco) criaram estratégias no sentido de se distanciarem das circunstâncias em torno da cirurgia.

Na realidade os participantes fazem um esforço cognitivo de desprendimento e minimização da situação procurando por exemplo desfocar a sua atenção da cirurgia, o que lhes permite ir gerindo o stresse e, portanto, uma melhor adaptação à situação.

- **Fuga e Evitamento**

Nesta subcategoria incluiu-se unidades de registo que descreviam os esforços cognitivos e comportamentais de escapar ou evitar o problema. (Folkman & Lazarus (1988) Cit. por Pais Ribeiro & Santos 2001). Esta estratégia de *coping* foi descrita por três participantes (dois participantes de cirurgia raquidiana e um de cirurgia cerebral).

*“ (...) evito... Quando vem à ideia que possa correr menos bem ou quê. Evito, começo a pensar noutras coisas para desviar a minha atenção. Penso no trabalho, tenho sempre muitas coisas para fazer” (E3)*

*“Não vou estar a pensar que comigo vai ser igual, então, pronto não quis ver. Não vi nenhum filme” (sorriso). (E7)*

*“O estar ocupado para mim faz-me bem. Eu não me imagino o estar em casa a pensar” (E11)*

Entrevista

Partindo da teoria de Lazarus e Folkman (1984), em que se considera que todas as estratégias são potencialmente adaptativas em função das circunstâncias vividas, podemos

considerar que neste caso particular, de neurocirurgia, esta estratégia é na realidade adaptativa. Face ao aproximar da cirurgia, na verdade o doente não pode fazer nada de concreto para alterar a sua situação e muitas vezes resta-lhe a distração para minimizar o seu sofrimento.

Esta estratégia tem sido também identificada como comum em outros estudos desenvolvidos com doentes no pré-operatório. Por exemplo, numa investigação desenvolvida por Santos e colaboradores (2006) em que se comparou o stresse em doentes no pré-operatório da cirurgia de colecistectomia em relação aos doentes submetidos ao tratamento clínico de gastrite, verificou-se que os primeiros utilizam frequentemente como estratégia de *coping a fuga e evitamento*.

- **Autocontrolo**

Segundo Folkman e Lazarus (1988 Cit. por Pais Ribeiro & Santos 2001), o autocontrolo descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações.

Esta estratégia foi descrita por onze participantes que referiram esforços de regulação de sentimentos e ações através da expressão da crença de que “vai correr tudo bem”. Os participantes verbalizam estratégias que se enquadram nesta subcategoria de forma muito significativa (37 UR).

*“Estou a pensar que amanhã vai correr muito bem” (E1)*

*“(...) estou otimista que vai correr bem. Vai correr tudo bem. Eu quero ficar o melhor possível para resolver a minha vida” (E7)*

Entrevista

Em algumas verbalizações foi evidente a valorização da competência do cirurgião como fator de confiança e segurança, contribuindo para o reforço da estratégia de autocontrolo.

*“Estou com coragem agora, estou convencida, falam muito bem do doutor, eu acho que estou em muito boas mãos” (E8)*

*“Penso que estou entregue a uma boa equipa ... e sei que me vai correr bem a operação pronto (tremor da voz)” (E10)*

*“(...) vou confiar nas pessoas da especialidade e eles estão a trabalhar por uma boa causa e a minha vida vai continuar a ser a mesma se Deus quiser (...) tento pensar que será como Deus quiser” (E12)*

Entrevista

- **Resolução Planeada do Problema**

A resolução planeada do problema insere-se na categoria das estratégias que os autores denominaram de focadas sobre o problema. Trata-se de processos deliberadamente desencadeados pelo indivíduo para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema (Folkman & Lazarus (1988) Cit. por Pais Ribeiro & Santos 2001). Esta estratégia foi apenas descrita por três participantes, sendo que dois eram de cirurgia cerebral.

*“Sinto que de facto tenho de resolver este problema porque a minha qualidade de vida deteriorou-se bastante” (E11)*

*“Tenho tudo orientado por isso não fico preocupado com isso” (E12)*

Entrevista

Tendo em consideração o facto da neurocirurgia ser programada, os participantes manifestaram alguma capacidade de gestão e organização da sua vida. Além disso, os participantes encaram o procedimento cirúrgico como a resolução da situação patológica que lhes condicionava a qualidade de vida. Assim, os participantes verbalizaram os esforços que desenvolveram em prol da resolução do problema, partindo da análise das alternativas disponíveis para a resolução do problema.

Apesar de no nosso estudo, esta estratégia não ser muito referida pelos participantes, no estudo desenvolvido por Moraes e Peniche (2003) que visou identificar as estratégias de  *coping*  utilizadas por 40 doentes cirúrgicos do ambulatório verificaram que a resolução planeada do problema foi a segunda estratégia mais utilizada pelos participantes. Também num estudo desenvolvido por Sorlie e Sexton (2001) com 482 doentes cirúrgicos em diferentes tipos de cirurgia e no momento da admissão, verificou-se que a resolução planeada do problema foi de todas, a estratégia de  *coping*  mais utilizada.

- **Coping Confrontativo**

A referência ao desejo de desenvolver esforços de alteração da situação está patente na verbalização da vontade de que a cirurgia passe depressa, presente nos relatos de três doentes do grupo de participantes de cirurgia cerebral e em um dos doentes do grupo de cirurgia raquidiana.

*“Estou mesmo à espera do dia, que rapidamente venha, (...) mais rapidamente possível para ver se atiro isto para trás das costas.” (E3)*

*“Eu quero tirar o mais depressa possível, não conseguia andar com isto. Quero recuperar o mais rápido possível.” (E7)*

*“Estou mortinha que passe. Estou mortinha que passe a minha cirurgia. Estou mesmo ansiosinha.” (E8)*

Entrevista

No discurso dos participantes é perceptível um desejo de confrontar o mais rapidamente possível a situação, pois acreditam que quanto mais depressa o procedimento cirúrgico ocorra, menor será o sofrimento do tempo de espera, assim como, maior a possibilidade de recuperação.

- **Suporte Social**

Esta estratégia descreve os esforços de procura de suporte informativo, tangível e suporte emocional (Folkman & Lazarus (1988) Cit. por Pais Ribeiro & Santos 2001).

A procura de suporte informativo e emocional foi relatada por cinco dos participantes de cirurgia cerebral, e por três participantes de cirurgia raquidiana que referiram a utilização deste tipo de estratégia. Este resultado vai de encontro aos de outros estudos (Moraes e Peniche,2003), nomeadamente ao estudo efetuado por Sorlie e Sexton (2001) em que se concluiu que antes da cirurgia os doentes procuravam informação e apoio social e, que esta procura era tanto maior quanto maior a ameaça percebida.

A procura de suporte nomeadamente do tipo emocional revelou-se nos relatos que descreveram a necessidade de apoio por parte da família direta, amigos e/ou médico.

*“Não sei se o meu marido vai tirar alguns dias de férias. Mas tenho a minha mãe, que talvez venha, como mora perto. É capaz de vir dar uma ajuda.” (E6)*

*“(...) foi a força dos amigos. Todos se tem esforçado, todos, cada um à sua maneira,*

*em procurar dar força, alento, preocupação constante “ (E9)*

*“Estive a falar com o médico e deu-me uma certa tranquilidade, tem-me dado um certo apoio moral” (E12)*

Entrevista

O suporte social é uma estratégia que permite ao doente melhor lidar com a situação, uma vez que encontra na família, amigos e profissionais a força e a convicção que necessita para melhor gerir o fator stressante.

- **Aceitação da Responsabilidade**

A aceitação da responsabilidade é o reconhecimento do próprio papel do indivíduo no problema e, concomitantemente, traduz-se na sua vontade e/ou esforço para recompor as coisas (Folkman & Lazarus (1988) Cit. por Pais Ribeiro & Santos 2001). Manifesta-se nos testemunhos dos participantes de cirurgia cerebral (quatro participantes). Os participantes referem sentimentos de culpa pela falta de atenção dada a si próprio e, por não terem prestado atenção aos sinais da doença, assim como, o sentimento de culpa pela ausência e pouco tempo dedicado à família.

*“Eu acho que tive muita culpa, porque andava a ser tratada, no salta aqui, salta acolá e não pode ser” (E8)*

*“Às vezes a família (...) era passada para segundo plano (...) “ (E7)*

Entrevista

É de salientar o fato da aceitação da responsabilidade apenas emergir no discurso dos doentes de cirurgia cerebral. Este sentimento de culpa por não terem dado atenção à sua saúde pode estar relacionado com a forma inesperada como a doença surge nestes doentes. Assim, estes doentes consideram que se tivessem dado mais atenção a si, a sua situação clínica poderia ser bastante diferente. Contudo, aceitam a sua responsabilidade na resolução da situação e, acreditam que após a cirurgia a sua situação clínica melhorará.

No que se refere à família os participantes mencionavam terem colocado a família em segundo plano, não lhes prestando a devida atenção no passado. No entanto, esse reconhecimento faz com que atualmente tentem encarar o procedimento cirúrgico com mais força, para que agora possam “remediar” o tempo desperdiçado longe da companhia familiar.

- **Humor**

O humor é uma “*disposição de ânimo manifestada exteriormente e uma atitude que consiste em apresentar a realidade sob um aspeto (...) é uma parte importante da vida (...) é uma necessidade humana básica*” (José, 2008, p. 4). Na perspectiva de Johnson (2002) o humor ajuda a lidar com situações difíceis e desagradáveis, funcionando como um importante mecanismo de *coping*.

A estratégia para lidar com a ameaça através do humor não foi das mais evidenciadas nos testemunhos dos participantes. Apenas dois participantes, um de cirurgia raquidiana e um de cirurgia cerebral, referem esta estratégia como um meio útil de confronto com a situação.

*“Eu, na brincadeira costumo dizer aos meus amigos que na 2ªfeira passo pela ortopedia para comprar uma cadeira de rodas” (E5)*

*“Eu, na brincadeira digo que sou muito chique, que até vou ser operada sentada” (E7)*

Entrevista

O recurso ao humor pode ser considerado uma estratégia de descentralização da atenção do indivíduo relativamente ao evento stressante, diminuindo desta forma a ansiedade sentida.

- **Reavaliação Positiva**

Nesta subcategoria incluem-se os relatos que descrevem esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal, por vezes, através do apoio numa componente religiosa (Folkman & Lazarus (1988) Cit. por Pais Ribeiro & Santos 2001).

Por um lado, os participantes tentam rodear-se de otimismo, como forma de poder olhar para o futuro com alguma esperança. Há, contudo, quem demonstre simultaneamente a sua ansiedade e os seus medos, evidente nas ambivalências ou contradições presentes no seu discurso.

*“(...) tentei a mim própria eu ganhar força, porque se o meu irmão foi operado a um tumor cerebral é uma operação tão complicada que ele teve e fez com que ele durasse ainda mais uns mesinhos, eu pensei para comigo, vou seguir em frente” (E8)*

*“O meu caso, felizmente, comparado com outros é menos grave, não é? Obviamente que é um risco, uma cirurgia é uma cirurgia, mas como sei que é uma lesão pequena, pois não está a afetar porque não tenho sintomas”. (E7)*

Entrevista

Esta estratégia é mais descrita pelos doentes da cirurgia cerebral (seis participantes) do que pelos participantes da cirurgia raquidiana (dois participantes), o que pode dever-se ao facto dos doentes de cirurgia cerebral, pela gravidade da sua situação clínica, terem maior necessidade de olharem a sua situação pelo lado positivo, de forma a manterem a esperança na resolução do seu problema de saúde.

Esta estratégia foi também uma das mais frequentemente utilizadas pelos participantes do estudo desenvolvido por Moraes e Peniche (2003), mais concretamente, a reavaliação positiva foi a terceira estratégia mais utilizada.

- **Estilos de Coping**

Os estilos de *coping* influenciam as reações das pessoas a novas situações (Carver & Scheier, 1994). Segundo estes autores os estilos de *coping* representam padrões comportamentais de resposta, e que incluem o uso preferencial de determinadas estratégias de *coping*.

Dos doze participantes, verificamos que oito fazem referência a formas mais típicas de reagir perante os problemas, com um misto de comportamentos e atitudes positivos e negativos. Se por um lado são otimistas face à sua capacidade para enfrentar o desafio, por outro lado também revelam conhecer as suas fragilidades.

*“Mas uma questão de princípio... se calhar para proteger,... se fosse comigo tudo bem, estou habituado, a protege-los, assim eu prefiro aguentar tudo. Seria muito pior. Prefiro não chatear as pessoas e vê-las bem” (E3)*

*“Sou muito independente, tento ser. Eu tenho um bocadinho o espírito negativista” (E7)*

*“Eu sou uma pessoa... aparentemente, até sou calmo, mas é só aparentemente” (E11)*

Entrevista

Embora a existência de estilos de *coping* não faça parte da teoria transaccional de stresse e *coping* de Lazarus e Folkman (1984), os autores fazem a distinção entre estratégias de *coping* como sendo comportamentos situacionais, intencionais e voluntários e uma certa tendência para o uso preferencial de algumas estratégias, que retrata algo mais próximo do que habitualmente denominamos de traço.

Em síntese, as estratégias de *coping*, de acordo com o modelo transacional de stresse de Lazarus e Folkman (1984), enquadram-se na avaliação secundária na qual o indivíduo faz uma apreciação dos seus recursos pessoais para confronto da situação.

Neste estudo e após a análise dos testemunhos dos participantes, constatamos que as estratégias de *coping* de autocontrolo são as mais relatadas (num total de 37 unidades de registo), e na sua análise revelaram-se associadas a sentimentos de esperança e de confiança na equipa cirúrgica. Igualmente importantes foram as estratégias baseadas no suporte social, especialmente as centradas no apoio familiar direto no caso de doentes de cirurgia raquidiana, mas também suporte ao nível da equipa cirúrgica, nos doentes de patologia cerebral. Verificaram-se igualmente estratégias de distanciamento, fuga e evitamento. As estratégias de fuga e evitamento, são referidas como frequentes em trabalhos noutras áreas cirúrgicas, como nos trabalhos de Santos e colaboradores (2006), em doentes submetidos a colecistectomia, e de Kain e colaboradores (2000) em mulheres submetidas a histerectomia abdominal eletiva. Estes autores consideram que estas estratégias se associam a uma menor ansiedade pré-operatória.

Também foi possível constatar a presença de relatos que descrevem estratégias de *coping* confrontativo, resolução planeada do problema, aceitação da responsabilidade e mesmo humor, bem como a reavaliação positiva. Estes resultados vão de encontro aos de outros autores como Santos e colaboradores (2006) que destacam igualmente as estratégias de *coping* confrontativo, suporte social e religiosidade em situações de doença, verificando a presença de várias estratégias, não exclusivas em si mesmas, mas com características que se podem sobrepor. Na maioria dos participantes, as estratégias foram assumidas como importantes na diminuição do impacto da ameaça em torno da cirurgia no pré-operatório imediato.

### **3.7. O papel do acesso à informação**

Esta categoria engloba referências à problemática do processo de dar informação sobre a cirurgia e procedimentos aos doentes, nomeadamente a fonte dessa informação e a sua adequação a cada doente em particular (ver Tabela 9). A informação no pré-

operatório tem sido alvo de pesquisa no sentido de se compreender de que forma esta influencia o stresse no pré-operatório.

TABELA 9: O Papel do Acesso à Informação

CATEGORIA: O PAPEL DO ACESSO À INFORMAÇÃO															
Subcategorias:		Entrevistas												Total de Participantes	Total Unidade Registo
		Cirurgia Raquidiana						Cirurgia Cerebral							
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12		
Informantes	Médicos	3		1	5			1	1	1		1	2	8	15
	Outros (amigos, familiares, etc.)	2	1		3				4		1			5	11
	Enfermeiros		1				1	1	3			1		5	7
	Meios de Comunicação social (TV, Internet, etc.)			2		1		4						3	7
Áreas de Informação	Pré-Operatório	3		1	2	3	4	2	3	1	2	3	4	11	28
	Destino pós-operatório				1	1		3	1	1	1		1	7	9
	Visitas	4	1	1	2	1		1	1	1	1	1		10	14
	Recuperação	2			1	1	2					1	1	6	8

- **Informantes**

Nesta categoria foram incluídas todas as unidades de registo em que era feita referência às pessoas (profissionais ou não) que deram informação aos participantes acerca do processo cirúrgico. A informação sobre a cirurgia foi obtida pelos participantes através

de vários informantes, na maioria dos casos (oito participantes) através do médico de família ou pelo médico que acompanhava o doente na instituição onde foi realizada a cirurgia. Também foi possível observar que a qualidade da informação, no sentido da percepção que o participante possuía acerca da sua adequação ao seu caso em particular, também interferiu no stress vivenciado.

*“A minha médica na altura explicou-me que ia ser operada no pescoço.” (E1)*

*“Não sei se fui bem esclarecido, se calhar eu é que não alcancei bem as coisas, está compreender?” (E4)*

*“E depois também tive um bocado de receio de estar a fazer perguntas e com o médico de família, como conheço-o bem (...) ele deixa-me mais à vontade” (E4)*

*“(...) a minha esposa e o meu filho estivemos a falar agora com o médico e ele explicou.” (E12)*

Entrevista

Segundo Kiyohara e colaboradores (2004) e Pinar, Kurt e Gungor (2011) um maior conhecimento sobre a cirurgia reduz os níveis de ansiedade, o que aliás foi ainda demonstrado num estudo experimental desenvolvido por Wallace (1984), com doentes submetidas a cirurgia ginecológica, e em que se constatou que o grupo de doentes que recebeu informação pré-operatória apresentava menor ansiedade. O grupo de doentes que tinham recebido a informação foram também os que referiram menos dor no pós-operatório, recuperaram mais rapidamente durante o internamento e após a alta, e que também retomaram mais rapidamente a sua vida normal

Verificamos também que a informação fornecida pelo médico, de um modo geral, foi transmitida quer ao doente quer à família, nomeadamente à esposa/marido e aos filhos/filhas.

Relativamente a outras fontes ou informantes, alguns dos participantes (cinco) obtiveram informação acerca da cirurgia através de amigos, familiares e outros doentes. É de notar que os participantes referiram que em alguns casos a natureza desta informação era diferente, contribuindo de uma forma muito acentuada para o desenvolvimento de estados de ansiedade, apreensão e medo em alguns casos, mas surgindo como alento noutras situações.

*“E por cima as pessoas meteram-me um bocado de medo, (...) não faças, por mais isto e aquilo, a maior parte da gente fica mal” (E4)*

*“Sabe o que é que me disse essa senhora a quem eu telefonei, que uma das sensações que ela tem muito presente nela, foi aquele adormecimento da cabeça. Acorda-se com*

*a cabeça adormecida?” (E8)*

Entrevista

Os meios de comunicação social e em especial a internet foram também uma fonte informativa acerca dos procedimentos e técnicas cirúrgicas, embora por vezes sem o conhecimento específico do procedimento a efetuar na sua cirurgia em particular.

*“Fiz pesquisa na net que me tirou todas as dúvidas. Já andei a investigar. (sorrisos) É verdade. Já vi os vários procedimentos, as várias técnicas, vi tudo” (E3)*

*“... já vi na internet que alguns têm a posição de sentado, alguns de lado depende do sítio” (E7)*

Entrevista

Em alguns casos, este conhecimento foi adquirido em cirurgias anteriores. Nos participantes com cirurgia cerebral, dois deles fazem referência ao local onde permanecerão logo após a cirurgia, enquanto os restantes não verbalizam o local onde ficam após a cirurgia.

*“Na sala de recobro para ver se os sinais vitais, para ver se o doente está estável e depois será transferido novamente para enfermaria” (E5)*

*“Outra coisa, que me assusta um pouquinho é “depois vai ficar no recobro”, antigamente não se fazia isso pois não?” (E8)*

Entrevista

Observa-se uma grande necessidade por parte destes doentes em querer saber exatamente o que vai acontecer. Logicamente que existem fatores totalmente aleatórios, sem previsão possível. Contudo, a manifesta ansiedade em saber se o pós-operatório se passará numa unidade de cuidados intensivos, ou numa unidade de recobro, bem como o tempo em que será necessário permanecer nestas unidades é sem margem de dúvida um fator gerador de ansiedade e stresse no doente.

Num estudo efetuado por Melo (2005) foi demonstrada a existência de uma forte influência da informação sobre o bem-estar psicológico do doente. Esta mesma associação foi encontrada em outros estudos, nomeadamente, numa investigação de Sainio e Eriksson (2003) realizada com doentes oncológicos, assim como noutro estudo de Asilioglu e Celik (2004) com doentes submetidos a cirurgia cardíaca e por fim, num estudo de Santos e colaboradores (2006) em doentes submetidos a colecistectomia.

Assim, um aspeto importante a valorizar, como estímulo atenuador de stresse, diz respeito à qualidade da informação transmitida acerca da cirurgia. Gomes (2009) refere que a informação pré-operatória que não é dirigida às reais necessidades dos doentes está, frequentemente, relacionada com a desvalorização de alguns aspetos na preparação do doente. Esta desvalorização de alguns aspetos na preparação do doente deve-se muitas vezes ao fato de a preparação dos doentes ser efetuada de forma *standardizada* e, portanto, dando lugar a procedimentos rotineiros, pouco centrados na individualidade de cada um. Kruse e colaboradores (2009), no seu estudo qualitativo que visou conhecer a opinião dos doentes (9) sobre a orientação fornecida pelo enfermeiro no pré-operatório, referem que as orientações fornecidas pelos enfermeiros auxiliaram o doente a lidar com o período perioperatório, apesar de poucos doentes se lembrarem das orientações fornecidas. Na perspetiva dos mesmos autores, a *“prática da orientação pré-operatória realizada pelo enfermeiro pouco mudaram nas últimas décadas (...) permanecendo o mesmo modo de orientar e, por consequência, as mesmas falhas”* (Kruse, et al., 2009, p. 499).

Neste contexto, poderá discutir-se o papel do enfermeiro como informador privilegiado. A transmissão de informação pelo enfermeiro surgiu menos frequente do que o desejável, dado que apenas cerca de metade dos participantes a mencionou sendo referido em cinco casos, embora a qualidade da informação transmitida se revelasse satisfatória.

- **Áreas de Informação**

Nesta subcategoria foram incluídas todas as unidades de registo que faziam referência aos diferentes aspetos ou domínios da informação que foi dada aos participantes e que estes referiram ao longo das entrevistas.

A orientação pré-operatória é um dos aspetos utilizados na metodologia assistencial, pois atende às necessidades básicas do doente e permite uma mais fácil recuperação no período pós-operatório (Durling et al., 2007; Kagan & Bar-Tal, 2008; Pinar, Kurt & Gungor, 2011)

O fornecimento de informação sobre os procedimentos no pré-operatório, fase tão importante para o bem-estar do doente é geralmente efetuado pelos enfermeiros, o que foi referido por cinco participantes.

*“(...) disseram-me que tinha em termos de preparação, lavar a cabeça. Lavar a cabeça com um produto especial, do género betadine...” (E7)*

*“Já me informaram. Vou tomar um banhinho muito bom hoje e amanhã. Tenho que lavar muito bem a cabeça com o desinfetante.” (E8)*

Entrevista

Ainda assim, através da análise das entrevistas foi possível verificar que subsiste a ausência de informação relativamente a alguns procedimentos pré-operatórios. Em três participantes, a informação foi obtida através de outros doentes.

*“Ainda não fui informado.” (E9)*

*“... ouvi a senhora do lado que já está a ser operada ou já foi, e eu vi que ela foi tomar banho.” (E10)*

Entrevista

Esta ausência de informação foi já descrita em outros estudos, nomeadamente num estudo desenvolvido por Gomes (2009), em que se verificou que os doentes inquiridos apresentavam défices de informação em áreas como as visitas no pós-operatório (em 83,3% dos casos), assim como sobre a sala dos cuidados pós-anestésicos (57,3%). Também se verificou que os doentes não tinham recebido informação sobre as sensações associadas aos dispositivos médicos (em 92,7% das casos) e sobre o ambiente da sala operatória (78,1%).

É de salientar que a informação transmitida aos doentes apenas é apreendida se for sentida a sua necessidade por parte destes últimos, pelo que é fundamental que o enfermeiro conheça a pessoa em todas as suas dimensões antes de iniciar qualquer protocolo de informação (Deyirmenjian, Karam & Salameh, 2006), Deste modo, é essencial que toda a planificação de cuidados seja adaptada às reais necessidades do doente (Suhonen, 2006), só assim o papel do enfermeiro será mais significativo a este nível.

### 3.8. A importância da comunicação com os profissionais de saúde

Nesta categoria incluíram-se unidades de registo que descreviam a forma como o doente se sentiu acolhido; a simpatia que lhes foi transmitida pelos profissionais de serviço e a sua perceção acerca do apoio que lhe foi proporcionado nomeadamente ao nível da clarificação de dúvidas durante o período pré-operatório (ver Tabela 10).

TABELA 10: A Importância da Comunicação com os Profissionais de saúde

CATEGORIA: A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE														
	Entrevistas												Total de Participantes	Total Unidades Registo
	Cirurgia Raquidiana						Cirurgia Cerebral							
Subcategorias:	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12		
Acolhimento/Simpatia	2	1	2	1	1		1	4		1		2	9	15
Clarificação dúvidas	1	1	3	1	7	3	5	3	4		2	4	11	34

- **Acolhimento/ Simpatia**

A maioria (nove) dos participantes, independentemente do tipo de cirurgia a que ía ser submetido, verbalizou de forma clara uma perceção positiva sobre o acolhimento e simpatia dos enfermeiros. Verificamos que em geral o doente sente segurança, e maior confiança, no momento em que é acolhido no hospital.

*“Eu hoje estou aqui mas nem parece que estou no hospital, nem parece que estou no hospital as enfermeiras são super simpáticas, a menina, tudo, olhe eu não estou no hospital. Parece que vim passar um fim-de-semana fora” (E1)*

*“(…) no meu caso fui bem recebida, gostei, foi simpático, foi acolhedor, teve assim uma proximidade” (E7)*

*“Eu disso tenho consciência, é onde estão os melhores médicos e as melhores*

*enfermeiras. É aqui, pode crer. Eu reconheço isso” (E8)*

Entrevista

A relação que é estabelecida com os profissionais de saúde, desde o momento do acolhimento, permite o estabelecimento de uma relação de maior proximidade, promotora de maior bem-estar para o doente. Com estabelecimento deste tipo de relações o doente sente-se mais apoiado e tem, portanto, mais recursos para uma melhor gestão do stresse.

- **Clarificação de Dúvidas**

A clarificação de dúvidas pode ser um passo determinante para minimizar o impacto negativo que uma intervenção cirúrgica tem no doente. Verificou-se que para o doente é importante sentir que, na comunicação com o enfermeiro, pode colocar as suas dúvidas, ou simplesmente falar, ser “ouvido”, podendo desabafar os seus medos e receios.

A maioria dos participantes (onze) considera que a clarificação de dúvidas é fundamental no processo de comunicação com os profissionais de saúde, até porque este aspeto foi referido várias vezes pelos mesmos participantes ao longo da entrevista (34 UR) o que é revelador da sua importância.

*“ (...) é mais fácil para a gente havendo comunicação” (E1)*

*“Nesta fase as pessoas estão fragilizadas, precisavam deste tipo de conversa, sentem-se mais seguras por ouvir alguém que está lá” (E3)*

*“...explicar o que se vai passar, pronto, acho muito importante, mesmo muito importante para a autoestima, para a dor e para ser integrado facilmente” (E3)*

*“ (...) ficamos mais à vontade. Acho que é bom. Na minha situação eu vinha um bocado ao escuro e agora estou mais descansado é muito bom mesmo” (E4)*

Entrevista

Um doente esclarecido tem maior probabilidade de colaborar ativamente em todas as solicitações dos profissionais de saúde, o que será favorável na sua recuperação, assim como, no próprio controlo do stresse por parte do doente, por sentir algum “domínio” ou controlo cognitivo sobre a situação. A comunicação com os enfermeiros é fundamental para que o doente sinta segurança, uma vez que a preparação emocional e psicológica para a cirurgia desempenha um papel fundamental na redução da ansiedade (Pinar, Kurt, & Gungor, 2011).

Como síntese e procurando responder às questões de investigação colocadas, podemos afirmar que a forma como os doentes vivenciam o período pré-operatório em neurocirurgia é marcada pela vivência de emoções negativas entre as quais se destaca a ansiedade, expressa através de sentimentos de apreensão mais subjetivos tais como, e nas próprias palavras de um dos participantes “uma dor nostálgica”. Embora de forma menos frequente, surgiram também nas entrevistas relatos de sintomas somáticos e cognitivos de ansiedade, tais como dificuldades em dormir e dificuldades de concentração.

Relativamente à identificação dos fatores que estão associados às vivências de stresse e ansiedade da pessoa que vai ser submetida a uma intervenção neurocirúrgica, no nosso estudo emergiram como mais relevantes para os participantes, as preocupações em torno do sucesso da cirurgia e os receios associados às características “delicadas” dos locais anatómicos a operar. Quase todos os participantes mostraram estar cientes dos riscos da neurocirurgia e de possíveis consequências futuras das complicações ocorridas durante a cirurgia, muitas das quais de séria ameaça à sua integridade física e psicológica. De forma menos frequente os participantes mencionaram ainda como fatores de stresse, circunstâncias associadas ao processo de hospitalização, tais como, a separação da família ou o afastamento da sua vida socioprofissional. Foram também encontradas algumas diferenças nas vivências dos doentes em função da patologia, das quais a mais notória foi ao nível da relevância dada ao impacto do diagnóstico enquanto desencadeador de stresse e ansiedade, que foi muito maior nos doentes de patologia cerebral.

Ainda em relação à vivência de stresse foi interessante constatar que todos os participantes, sem exceção, descreveram esforços de confronto com a ameaça da cirurgia tendo relatado uma diversidade de estratégias de *coping*, das quais destacamos como as mais frequentemente mencionadas o autocontrolo, o suporte emocional e a reavaliação positiva. Estas estratégias são também parte daquelas que a investigação tem descrito como estando mais associadas ao confronto com processos cirúrgicos em geral.

No que diz respeito a conhecer as necessidades expressas pelos doentes a nível da informação, o nosso estudo evidenciou que as principais fontes de informação são os médicos, os familiares e os amigos, e só em terceiro lugar é que aparecem os enfermeiros. Foram ainda identificadas áreas que têm sido menos trabalhadas nos processos de fornecimento de informação e que a investigação tem demonstrado serem muito determinantes para o bem-estar dos doentes durante o período pré-operatório, tais como: os procedimentos de preparação do doente para a cirurgia e o regime de visitas. É

fundamental que os enfermeiros contemplem a dimensão da informação na sua área de atuação, por forma, a terem doentes esclarecidos que sentem confiança nos cuidados prestados, com quem estabelecem parcerias estreitas que permitam a prestação de cuidados ajustados às suas reais necessidades e, que possam ser tradutores de ganhos em saúde.

Finalmente e em relação ao papel que os doentes esperam por parte dos enfermeiros, verificámos que ao longo das entrevistas os participantes demonstraram reconhecer o papel primordial da comunicação na relação que é estabelecida com os enfermeiros e outros profissionais de saúde, e que inclusive esta comunicação mais aberta e amigável, permite ter maior confiança para o esclarecimento de dúvidas que é algo de extremamente importante para os doentes se sentirem seguros e mais confiantes.

Gibertoni (1967) considera que ter competências comunicacionais, nomeadamente de escuta ativa para se inteirar da maneira como o doente e seus familiares aceitam a hospitalização, a cirurgia e o tratamento, o conhecer os receios, os desejos e os sentimentos, são habilidades que o enfermeiro deve desenvolver. Grieve (2002) preconiza intervenções de enfermagem a vários níveis, no sentido de minorar o stresse pré-operatório, essas intervenções poderão consistir no esclarecimento de dúvidas, na comunicação adequada de informação, e também no apoio pessoal, através da valorização de aspetos psicológicos positivos e da promoção de estratégias de *coping* eficazes, são algumas das possibilidades de atuação do enfermeiro.

Em qualquer caso, a possibilidade de intervenção terá de ser baseada no conhecimento, por parte do enfermeiro, dos fatores contributivos para o stresse, bem como da sua complexidade e das possíveis interligações entre os mais diversos aspetos do foro pessoal, familiar e social de cada doente, o que vai de encontro à intervenção multifatorial defendida por Gallagher e McKinley (2007) no âmbito da cirurgia cardíaca.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O produto deste estudo é um maior conhecimento de uma realidade vivenciada, num dado momento e num determinado contexto, por um grupo de pessoas que tinham em comum algumas condições: encontrarem-se no período pré-operatório de uma cirurgia na área da neurocirurgia.

Objetivamos a necessidade de perceber como a pessoa vivencia o período pré-operatório de neurocirurgia, tentando conhecer melhor os estados de ansiedade vivenciados e identificar os estímulos percebidos como fontes de stresse, para uma compreensão efetiva das necessidades sentidas pelos doentes, de forma a poder interferir eficazmente na prestação de cuidados com qualidade. Com o percurso que delineamos e desenvolvemos consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusemos.

Foram identificados os padrões de expressão da ansiedade assim como os vários fatores no período pré-operatório, que na perspetiva dos doentes, constituem aspetos determinantes na vivência de stresse, como sejam os riscos associados à própria cirurgia, o processo de hospitalização, a evolução da doença, a influência das experiências cirúrgicas anteriores, o papel das estratégias de *coping* para lidar com o stresse, e a importância da informação e comunicação.

Entre os estímulos desencadeantes de stresse, os doentes apontaram de forma mais significativa os aspetos diretamente ligados aos resultados da cirurgia e local anatómico a operar, mas também circunstâncias associadas ao processo de hospitalização, nomeadamente, o afastamento da sua vida socioprofissional.

A identificação dos diversos fatores indutores de stresse no pré-operatório, no doente neurocirúrgico, revela-se extremamente importante porque pode ajudar os enfermeiros a desenvolverem e priorizarem intervenções. Nomeadamente, pode facilitar a focalização do enfermeiro em aspetos como o esclarecimento de dúvidas através da comunicação adequada de informação ou a valorização de aspetos psicológicos positivos e promoção de estratégias de *coping* mais eficazes.

Parece, pois, de grande importância o papel do enfermeiro na avaliação do doente no pré-operatório especialmente em neurocirurgia. Deste modo, torna-se fundamental uma boa articulação entre os enfermeiros do internamento e do BO em prol da continuidade e segurança nos cuidados. Por exemplo, a visita pré-operatória defendida por Durling e colaboradores (2007) é considerada uma oportunidade para o doente colocar questões, expressar os seus medos e preocupações.

É necessária uma avaliação caracterizada por uma visão holística desse doente, o que constitui a base da enfermagem. Através desse conhecimento, pretende-se dar um contributo para uma intervenção eficaz, no sentido da diminuição da ansiedade face à cirurgia e da desmistificação do ato cirúrgico, o que se reveste da maior importância para a qualidade dos cuidados prestados, satisfazendo as necessidades dos doentes cirúrgicos no pré-operatório. De acordo com Melo (2005, p.29) *“compreender a perspectiva do doente torna-se um pré-requisito para uma boa prática profissional”*. Nesta linha de pensamento, Silva (2002, p.2) refere que o *“doente deve ter a oportunidade e o direito de ser esclarecido sobre vários aspetos que o preocupam, de acordo com as suas necessidades e não apenas naqueles aspetos que o enfermeiro julga serem importantes”*.

O enfermeiro centrará a sua atuação não apenas em aspetos técnicos, mas procurará o conhecimento daquele ser humano, as suas características pessoais, a forma como percebe a situação e, entenderá os seus receios respeitando a tudo que constitui o padrão de vida do indivíduo, com o seu padrão cultural, as suas crenças, o seu estatuto familiar e os grupos sociais em que o doente está integrado. Sendo essa a missão da enfermagem, parece evidente que este tipo de abordagem também deve fazer parte das atribuições do enfermeiro do BO, muitas vezes excessivamente centrado na especificidade técnica do seu trabalho, principalmente quando esse trabalho se desenrola em campos relativamente restritos, como é o caso da enfermagem do BO de neurocirurgia.

Foi particularmente evidente a existência de lacunas informativas importantes, que se revelaram como estímulos altamente stressores. Essas lacunas relacionaram-se com a qualidade da informação, quer pela ausência de informação, quer pela informação inadequada prestada por outros profissionais e não profissionais. Este dado aponta um campo de atuação para o enfermeiro; estar dotado de informação técnica necessária ao esclarecimento de todas as dúvidas sobre os procedimentos da cirurgia, os procedimentos no pré e pós-operatório. Mas torna-se evidente que o enfermeiro do BO poderá proporcionar os esclarecimentos necessários e de forma adequada àquele ser humano,

valorizando os aspetos inerentes às suas características e ao seu meio familiar e social (Holmes, 2005; Nurit, et al., 2009; Pritchard, 2011). Na nossa opinião, faz todo o sentido que o enfermeiro do BO, como conhecedor de todo o processo cirúrgico, seja o elo de ligação entre o serviço de internamento e o BO. Este enfermeiro, deve procurar dar continuidade aos cuidados iniciados pelos enfermeiros do internamento que mantêm um maior tempo de contacto com o doente e por isso mais oportunidades para avaliar as realidades pessoais, familiares e sociais de quem cuidam.

Neste contexto, surge como prioridade do enfermeiro do BO a implementação e dinamização da visita pré-operatória de enfermagem. Esta poderá ser a forma ideal de permitir atingir vários objetivos. Possibilita sem dúvida um esclarecimento do doente e da sua família acerca de todos os aspetos relacionados com os procedimentos da cirurgia, anestesia e os procedimentos durante e após o ato cirúrgico. Por outro lado, permite ao enfermeiro do BO uma apreciação do doente como um ser humano, na sua complexidade. Essa visão do doente torna possível a transmissão de informação de forma adequada, mas, para além disso, permite uma atuação diferenciada nos aspetos inerentes à cirurgia. A informação transmitida oralmente aos doentes deve ser reforçada pela documentação escrita e, além disso, deve ser adequada à intervenção cirúrgica a que o doente vai ser submetido. Para além da informação, o acolhimento no BO, em que o conhecimento pessoal da equipa funcionará como fator atenuador de stresse, transmitindo confiança, segurança e simpatia. A possibilidade de ajudar o doente na resolução de problemas só poderá ser eficazmente conseguida se o enfermeiro possuir um conhecimento prévio desses problemas. E o mesmo pode dizer-se no que respeita ao empenho, por parte do enfermeiro, na resolução de problemas colocados pela família, que muitas vezes, condicionam situações geradoras de forte stresse para a própria pessoa.

No desenvolvimento deste estudo também nos foram surgindo algumas limitações à concretização dos objetivos propostos. A limitação temporal para execução desta investigação foi um deles, em parte também associada a toda a complexidade dos processos envolvidos. O facto de se tratar de uma abordagem à pessoa num único momento (o que acarreta naturais limitações) influencia a perceção da avaliação dos estímulos *stressores* e sobretudo das diversas estratégias de *coping* utilizadas. Outro aspeto prende-se à multiplicidade de fatores que interferem neste processo, não sendo possível abordá-los a todos com idêntica profundidade. Embora nos estudos qualitativos não seja suposto fazer qualquer tipo de generalização dos dados, este estudo em particular não

reflete totalmente as vivências de todos os doentes de neurocirurgia uma vez que, como foi já referido na parte metodológica, não foi incluído na amostra nenhum doente com patologia do movimento, que são também situações frequentes no serviço.

Em termos de implicações futuras deste trabalho para outras investigações, podemos apontar a necessidade de trabalhar a área da qualidade da informação fornecida aos doentes. Seria uma mais valia avaliar a qualidade dessa informação, com o objetivo de contribuir para adequar a informação às reais necessidades dos doentes. Também seria importante a realização de um estudo similar ao desenvolvido mas no período pós-operatório e com caráter retrospectivo, permitindo desta forma, analisar as necessidades sentidas pela pessoa após o evento stressante e as estratégias por ela usadas para lidar com as situações nos vários momentos e contextos.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASILIOGLU, K.; CELIK, S. S. - The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Education and Counseling*, 2004. Vol. 53, p. 65-70.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS - *ASA Physical Status Classification System* [Em linha]. 2012. [Consult. 30 Jan. 2012]. Disponível em <http://www.asahq.org/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System.aspx>.

BADNER, N. H.; NIELSON, W. R.; MUNK, S.; KWIATHOWSKA, C.; GELB, A. W. - Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Canadian Journal Anaesthesia*. 1990. Vol. 37(4), p. 444-447.

BARDIN, Laurence - *Análise de Conteúdo*. Lisboa : Edições 70,Lda, ISBN:978-972-44-1506-2. 2009.

BINNS-TURNER, P. G.; WILSON, L.; PRYOR, E. R.; BOYD, G. L.; PRICKETT, C. A. - Perioperative Music and Its Effects on Anxiety, Hemodynamics, and Pain in Women Undergoing Mastectomy. *AANA Journal*. 2011, p.21-27.

BOER, J.; OOSTENDORP,R.; BEEMS, T.; OERLEMANS, M.; EVERS, A. - A systematic review of bio-psychosocial risk factors for an unfavourable outcome after lumbar disc surgery. *European Spine Journal*, 2006, Vol.15, p. 527 – 536.

BOGGDAN, R.; BILKEN, S. K. - *Investigação qualitativa em educação: uma introdução às teorias e aos métodos*. Porto : Porto Editora, 2003.

BRUNNER; SUDDARTH - *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 7ª edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1993.

CALAIS, S. L. - Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. In. LIPP, M. E. N. - *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas*, 2003, p. 87-90. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CANNON, W. - *The Wisdom of the Body*. 2ª Edição. New York: Norton Pubs, 1939.

CARTER, L. P.; SPETZLER, R. F. - *Neurovascular Surgery*. [ed.] Mark G. Hamilton. USA : McGraw-Hill, 1995.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F. - Situational coping and coping dispositions in a stressful transation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, p. 184-195.

CAUMO, W.; SCHMIDT, A.; SCHNEIDER, C.; BERGMANN, J., IWAMOTO, C.; BANDEIRA, D.; FERREIRA, M. - Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2001. Vol. 45(3), p.298 -307.

DEUS, Márcia F.G – *Vivências dos doentes oncológicos no período pré-operatório: o papel da equipa de enfermagem*. Tese de Mestrado em Ciências de enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar -Universidade do Porto, 2009.

DEYIRMENJIAN, M.; KARAM, N.; SALAMEH, P. - Preoperative patient education for open-heart patients: A source of anxiety? *Patient Education and Counseling*, 2006, Vol. 62(1), p. 111-117.

DURLING, Mardi; MILNE, Donna; HUTTON, Naida; RYAN Shane - Decreasing patient`s preoperative anxiety: a literature review. *Australian Nursing Journal*, 2007, p. 35.

FERN, P. - Hypnosis to alleviate perioperative anxiety and stress: a journey to challenge ideas. *Journal of Perioperative Practice*. 2008, Vol. 18(1), p.14-16.

FOLKMAN, S.; GREER, S. - Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 2000, p. 11-19.

FOLKMAN, S.; LAZARUS; DUNKEL-SCHETTE; DELONGIS; GRUEN - Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, p. 992-1003.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. - Coping and emotion. In MONAT, A.; Lazarus, R. - *Stress and coping: An anthology*, New York: Columbia University Press. 1991, p. 207-227.

FORTIN, M. - *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Porto : Lusodidacta, 2009.

GALLAGHER, R.; MCKINLEY, S. - Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care*. 2007, Vol.16 (3), p.248-257.

GIBERTONI, J. - Assistência psicológica ao paciente para a cirurgia. *Revista Brasileira Enfermagem*, 1967, Vol. 4(2), p. 278-289.

GOEBEL, S.; KAUP, L.; MEHDORN, H. M. - Measuring Preoperative Anxiety in Patients with Intracranial Tumors: The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 2011, Vol. 23 (4), p. 297-303.

GOMES, Noélia - *O Doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação às necessidades expressas*. Porto: Tese de Mestrado em Ciências de enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar -Universidade do Porto. 2009.

GREENBLATT, S. H. - *A history of neurosurgery: in its scientific and professional contexts*. USA : The American Association Of Neurological Surgeons, 1997.

GRIEVE, R. J. - Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *Clinical*, 2002, p. 667-670.

GROOT, K. I.; BOEKE; BERGE; DUIVENVOORDEN; BONKE; PASSCHIER - The influence of psychological variables on postoperative anxiety and physical complaints in patients undergoing lumbar surgery. *Pain*, 1997, p. 19–25.

HOLMES, J. - Preoperative visiting. Landmarks of the journey. *British Journal of Perioperative Nursing*, 2005, Vol. 15 (10), p. 434-443.

ICN - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2.0*. Geneva: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

JAWAID, M.; MUSHTAQ, A.; MUKHTAR, S.; KHAN, Z. - Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*. 2007, Vol.12 (2), p. 145-148.

JLALA, H. A.; FRENCH, J. L.; FOXALL, G. L.; HARDMAN, J. G.; BEDFORTH, N. M. - Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*. 2010, Vol. 104 (3), p. 369-374.

JOHNSON, P. - The use of humor and its influences on spirituality and coping in breast cancer survivors. *Oncologic Nursing Forum*. 2002, p. 691-695.

JOYCE-MONIZ, L.; BARROS, Luísa - *Psicologia da Doença para Cuidados de Saúde. Desenvolvimento e Intervenção*. Edições ASA, 2005.

JOSÉ, H. M. G. - *Resposta Humana ao Humor: Quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros*. Lisboa: Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada à Universidade de Lisboa - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2008.

KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. - The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*. 2008, Vol. 17(5), p.576-583.

KAIN, Z. N.; SEVRINO, F.; ALEXANDER, M.; PINCUS, S.; MAYES, L. - Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated-measures design. *Journal of Psychosomatic Research*, 2000, p. 417- 422.

KARANCI, A. N.; DIRIK, G. - Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 2003, p. 363– 369.

KIOHARA, Leandro Y.; KAYANO, Lilian K.; OLIVEIRA, Lorena M.; YAMAMOTO, Marina U.; INAGAKI, Marco M.; OGAWA, Nilson Y.; GONZALES, Eduardo; MANDELBAUM, Rosana; OKUBO, Sívio; WATANUKI, Thaís; VIEIRA, Joaquim - Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina S. Paulo*, 2004, Vol. 59 (2), p. 51-56.

KRUSE, M.; ALMEIDA, M. A.; KERETZKY, K.; RODRIGUES, E.; SILVA, F.; SCHENINI, F.S.; GARCIA, V.M - Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009, Vol. 11(3), p. 494-500.

LABRADOR, F.J. - *O Stress*. Lisboa: Edições Temas da Actualidade. 1995.

LAZARUS, R. S. - Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 1993, p. 234-247.

LAZARUS, R. S. - *Emotion and Adaptation*. New York : Oxford University Press, 1991.

LAZARUS, R. S. - From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 1993, p.1-22.

LAZARUS, R. S. - *Psychological Stress and Coping Process*. New York : McGraw Hill, 1966.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN Susan - *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona : Ediciones Martinez Roca, 1986.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. - *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer, 1984.

LEITÃO, J. - *Contributo da relação enfermeiro/utente no comportamento do doente cirúrgico*. *Nursing*, 1992, nº 58, p. 6-16.

MAES, S.; LEVENTHAL, H.; RIDER, D. T. D. - Coping with chronic diseases. In ZEIDNER, M.; S. ENDLER, N. S. - *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*, New York: Wiley. 1996, p. 221-251.

MARANETS, Inna; KAIN, Zeev N. - Preoperative Anxiety and Intraoperative Anesthetic Requirements. *Anesthesia & Analgesia*. 1999, Vol. 89, p.1346-1351

MAREK, Jane; BOEHNLEIN, Mary. - Enfermagem no Pré-Operatório. In PHIPPS Wilma J. SANDS Judith K. ; Jane F. MAREK - *Enfermagem Médico - Cuirurgica - Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição. Loures : Lusociência, 2003, Vol. I.

MELO, M. L. - *Comunicação com o doente - certezas e incógnitas*. Loures : Lusociência,ISBN:972-8383-86-X, 2005.

MOK, Long Chau; MPHIL, Iris Fung-Kam Lee. - Anxiety, depression and pain intensity in patients wit low back pain who are admitted to acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, Vol.17(11), p. 1471–1480.

MORAES, Márcia W. ; CARVALHO, Rachel - A Inserção do Centro cirúrgico na assistencia à Saude. In CARVALHO Rachel; BIANCHI, Estela Regina Ferraz . *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 1ª Edição. Brasil : Manole, 2007, 1.

MORAES, Lygia O.; PENICHE, Aparecida C. - Ansiedade e mecanismos de coping utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais. *Revista Escola Enfermagem USP*, 2003, Vol. 37 (3), p. 54-62.

MOOS, R. H.; HOLAHAN, C. J. - Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. In MARTZ, E; Livneh, H.; - *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical, and clinical aspects*. Boston, MA: Springer, 2007, p. 107-126.

MUNAFÒ, M. R.; STEVENSON, J. - Anxiety and surgical recovery. Reinterpreting the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 2001, p. 589– 596.

NURIT, P.; BELLA, C.; GILA, E.; REVITAL, Z. - Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education. *Journal of Clinical Nursing*, 2009, Vol.18(17), p. 2530-2536.

PAIS-RIBEIRO, J.; SANTOS, C. - Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 2001, p. 491-502.

PAIS RIBEIRO, J.L. - *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa : Climepsi, 1999. ISBN: 972-8449-44-5 .

PECHLIVANIS, I.; KUEBLER, M.; HARDERS, A.; SCHMIEDER, K. - Perioperative complication rate of lumbar disc microsurgery depending on the surgeon's level of training. *Central European neurosurgery*, 2009, p. 137-142.

PEIRÓ, J. M. - *Desencadeantes del Estrés Laboral*. Salamanca: Endema, 1993.

PEREIRA, Ana P. S. ; ZAGO, Marcia M. F.- As influências culturais na dor do paciente cirúrgico. *Revista Escola Enfermagem USP*, 1998, Vol. 32 (2), p. 144-152.

PERKS, A.; CHAKRAVARTI, S.; MANNINEN, P. (2009). Preoperative Anxiety in Neurosurgical Patients. *Journal Neurosurgical Anesthesiology*. 2009, Vol. 21(2), p.127-130.

PHIPPS, W. J.; SANDS, J. K.; MAREK, J. F – *Enfermagem Médico – Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª edição. Loures: Lusociência, 2003.

PINAR, G. ; KURT, A. ; GUNGOR, T. - The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: a case control study. *World Journal of Surgical Oncology*. 2011, Vol.9 (1), p. 38-45.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRITCHARD, M. J. - Identifying and assessing anxiety in preoperative patients. *Nursing Standart*. August, 2010, Vol.23, p.35-40.

PRITCHARD, M. J. - Managing anxiety in the elective surgical patient. *British Journal of Nursing*. April de 2009, Vol. 18, p. 416-419.

PRITCHARD, M. J. - Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing Standard*, 2011, Vol. 25 (51), p. 35-39.

ROPPER, A. H. - *Neurological and neurosurgical intensive care*. USA : Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

SAINIO, Carita; ERIKSSON, Elina - Keeping cancer patients informed: a challenge for nursing. *European Journal of Oncology Nursing*, 2003, Vol. 7 (1), p. 39-49.

SALIMENA, Anna, FALCI, A., BARA V., MELO, M., DIAS, I. - Mulher enfrentando cirurgia ginecológica: implicações para a assistência de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 2010; Vol.9 (2), p. 97- 106.

SANTOS, A.F.; SANTOS, L.A.; MELO, D.O.; JUNIOR, A.A. - Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia. *Interação em Psicologia*, 2006, Vol. 10(1), p. 63-73.

SILVA, M. - *Vivências do Doente Cirúrgico no Perioperatório da Cirurgia Programada*. [Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. 2002.

SORENSEN, K.; LUCKMANN, J. - *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998.

SORLIE, Tore; SEXTON, Harold C. - Predictors of the process of coping in surgical patients. *Personality and Individual Differences*. Elsevier Science, 2001, Vol. 30, p. 947-960.

STREUBERT, H. J. - A produção da investigação qualitativa: elementos comuns essenciais. In STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. *Investigação qualitativa em enfermagem avançando o imperativo humanista*. Loures : Lusociencia, 2002.

SUHONEN, Ritta; LEINO-KILPI, Helena- Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 2006, Vol. 61 (1), p. 5-15.

THOMAS, V.; HEATH, M.; ROSE, D.; FLORY, P. - Psychological characteristics and the effectiveness of patient-controlled analgesia. *British Journal of Anaesthesia*, 1995, Vol. 74, p.271-276.

VALA, Jorge – A análise de conteúdo. In SILVA, A.; PINTO, M. – *Metodologia das ciências sociais*. Lisboa: Ed. Afrontamento, 1986.

WALKER, Jennie April - Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *British Journal of Nursing*. 25 de Abril de 2002, Vol. 11, Clinical practice, p. 567-575.

WALKER, J. - What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing*, 2007, p.27-32.

WALLACE, L.M. - Psychological preparation as a method of reducing the stress of surgery. *Journal of Human Stress*, 1984, Vol.10 (2), p. 62-77.

WETSCH, W. A.; PIRCHER, I.; LEDERER, W.; KINZL, J. F.; TRAWEGER, C.; HEINZ-ERIAN, P.; BENZER, A. - Preoperative stress and anxiety in day-care patients and in patients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 2009, Vol. 103(2), p. 199-205.

WOOD, Sharon- Aetiology, signs , symptoms and treatment of trigeminal neuralgia. *Nursing Times*, 2004, Vol. 100 (15), p. 36-39.

URDEN, Linda D. ; STACY, Kathleen M. ; LOUGH, Mary E. – *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnósticos e Intervenções*. 5ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-08-6.

XAVIER, T. T.; TORRES, G. V.; ROCHA, V. M. - Dor Pós-Operatória: Características quanti-qualitativa relacionadas a toracotomia póstero-lateral e esternotomia. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 2005, p. 63-68.



## ANEXOS



## **ANEXO I: Carta de participante**



## **Carta de informação ao participante**

Chamo-me Ana Guerreiro, sou enfermeira do bloco operatório da Neurocirurgia, e neste momento estou a fazer o Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontro-me a desenvolver um trabalho cujo tema é: **Stress e ansiedade no pré-operatório em Neurocirurgia – a perspetiva do doente.**

A sua participação é muito importante, uma vez que este estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, satisfazendo as necessidades dos doentes cirúrgicos no pré operatório.

Neste sentido, venho pedir a vossa colaboração e disponibilidade para participar no estudo, que desde já agradeço.

Os participantes deste estudo são doentes que são submetidos a neurocirurgia programada no dia do internamento e na véspera da cirurgia e que reúnem as condições necessárias para responder às questões. O modo de participar será uma conversa em que colocarei algumas questões, que o Sr./Sr.ª será livre de responder ou não, para tal será necessário cerca de 45 minutos. A nossa conversa será gravada para análise dos dados e posteriormente serão destruídas.

De forma a garantir o anonimato dos participantes não será colocado o seu nome no guião da entrevista e tratamentos dos dados; o facto de participar neste estudo não lhe trará nenhum risco, inconveniente ou encargos, será apenas pedido algum do seu tempo para responder às questões colocadas.

Após a conclusão do trabalho, os resultados serão apresentados ao serviço de neurocirurgia de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

A sua participação é inteiramente voluntária. Se por algum motivo quiser abandonar a entrevista, pode fazê-lo não necessitando de justificar a vossa decisão.

### **CONTACTO**

Ana Maria de Sá Pereira Guerreiro

Rua Real de Cima nº 441

4460-395 Senhora da Hora

**Telefone:** 229350806

**Telemóvel:** 919474340

**E-mail:** amguerreiro@sapo.pt



## **ANEXO II: Consentimento informado**



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, abaixo – assinado \_\_\_\_\_ declaro que aceito participar como informante num estudo de investigação desenvolvido pela Mestranda do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Ana Maria de Sá Pereira Guerreiro, sob orientação da Profª Doutora Lúgia Maria Monteiro Lima e da Profª Maria Celeste Bastos Martins de Almeida, subordinado ao tema “ Stress e ansiedade no Pré-Operatório em Neurocirurgia – a perspetiva do doente”, tendo em conta os seguintes tópicos sobre os quais fui elucidado(a):

- O uso da informação que forneço é apenas para este estudo e não será facultada a outras pessoas que não estejam diretamente implicadas;
- Os dados serão colhidos através de entrevista gravada, para a qual autorizo a utilização de gravador, sendo o material posteriormente destruído;
- Os participantes do estudo foram selecionados pelos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos;
- Após a colheita de dados terei o direito a ler as informações fornecidas, podendo retificar alguma declaração;
- Não se prevê danos físicos ou potenciais efeitos colaterais.
- Os benefícios relacionam-se com o melhor conhecimento das vivências dos doentes na fase que antecede a cirurgia, o qual irá proporcionar uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem neste contexto;
- A decisão de participação no estudo é voluntária, ficando deste modo salvaguardado o meu direito de recusa, tanto neste momento como em qualquer outro ao longo do processo de investigação;
- A minha privacidade será salvaguardada ao longo do estudo, bem como o anonimato;
- Em caso de duvida, necessidade de informação adicional ou reclamação, poderei contactar o autor do estudo, cuja a identificação e contacto me foi fornecido.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2011

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

O Investigador responsável:

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



## **ANEXO III: Guião de entrevista**



## GUIÃO DE ENTREVISTA

Entrevista nº _____	Data _____
---------------------	------------

Identificação do participante:	
Idade _____ Género _____ Estado civil _____	Filhos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Escolaridade _____ Profissão _____	Primeiro internamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Cirurgias anteriores: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

Bloco	Objetivos	Questões
1 Primeiro contacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação</li> <li>- Explicar o tipo de estudo e a finalidade.</li> <li>- Esclarecer e respeitar os princípios éticos.</li> <li>- Entregar o consentimento informado para assinar.</li> </ul>	
2 Processo de stresse/ <i>Coping</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer as vivências do participante no período pré-operatório.</li> </ul>	Fale-me da forma como se sente em relação à cirurgia que se aproxima.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer os fatores contributivos de stresse em relação à cirurgia:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente do bloco.</li> <li>- Medicação - Anestesia.</li> <li>- Desconfortos (dor, algaliação, vómitos e outros).</li> <li>- Procedimento cirúrgico.</li> </ul> </li> </ul>	Há algum aspeto que o preocupa em particular? Porquê?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer as estratégias de <i>coping</i>.</li> </ul>	E como tem lidado com a situação?
3 Experiências cirúrgicas anteriores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer os fatores contributivos de stresse associados a experiências cirúrgicas anteriores.</li> </ul>	Já foi operado?

<p style="text-align: center;">4</p> <p>Papel da informação</p>	<p>- Conhecer o grau de informação em relação a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pré-operatório.</li> <li>- Durante a cirurgia.</li> <li>- Destino no pós-operatório.</li> <li>- Visitas.</li> </ul>	<p>Sabe o que tem de fazer antes de ser operado?</p> <p>Foi informado sobre a cirurgia? Tem algum aspeto que gostava de ser esclarecido?</p> <p>Sabe para onde vai depois da cirurgia?</p> <p>Foi informado como poderia receber as visitas?</p>
	<p>- Conhecer as fontes de informação.</p>	<p>O conhecimento que tem foi dado pelo médico? Enfermeiro? Por amigos já operados?</p>
<p style="text-align: center;">5</p> <p>Papel do enfermeiro</p>	<p>- Conhecer as necessidades de apoio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes da cirurgia.</li> <li>- No dia da cirurgia.</li> </ul>	<p>De que forma os enfermeiros o podem ajudar a lidar melhor com a cirurgia?</p>
<p style="text-align: center;">6</p> <p>Avaliação mais global de stresse e ansiedade</p>	<p>- Conhecer outras fontes de stresse para além da cirurgia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalho.</li> <li>- Família.</li> <li>- Economias.</li> </ul>	<p>Há outros aspetos, para além da cirurgia e da doença que o preocupam?</p>

**ANEXO IV: Autorização do Presidente do Conselho de Administração**

**HSJ**





Hospital de São João  
Pavão Bertandos  
Avenida D. João V, 264-1  
4200-135 Porto

**AUTORIZADO**

14/2/2011

Mo CA com  
Dr. Pedro Brito  
17.2.2011

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DE JEMAC DE 24 FEV. 2011

Dr. João Melo  
Dr. Margarida Tavares  
D. Catarina Galvão

Administrador Geral  
Etiópio - 0364  
Presidente

Exma. Sra.  
Dra. Margarida Tavares  
Directora Clínica do Hospital de São João EPE

**Assunto:** Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

**Projecto de Investigação** - "Stress e ansiedade no pré-operatório em Neurocirurgia - a perspectiva do doente"

**Investigadora Principal:** Enf.ª Ana Guerreiro

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 14 de Fevereiro de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

*Pedro Brito*

Dr. Pedro Brito



## **ANEXO VI: Parecer da Comissão de Ética**



CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, ANA MARIA DE SÁ PEREIRA GUERREIRO, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 5 / Janeiro / 2011

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

*Ana Maria de Sá Pereira Guerreiro*  
O Investigador Principal

2011-01-27  
*[Signature]*  
Prof. Doutor António Almeida  
Presidente do Conselho de Saúde

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CIES de	<i>Entendo com respeito as esclarecimentos e as alterações efectuadas pelo investigador.</i>
	A Comissão de Ética para a Saúde APOIYA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação. 2011-02-14 <i>[Signature]</i> Prof. Doutor António Almeida Presidente do Conselho de Saúde





## Comissão de Ética para a Saúde do HSJ

### Parecer

Projecto de investigação intitulado "Stress e ansiedade no pré-operatório em Neurocirurgia – a perspectiva do doente".

Estudo que se propõe vir a ser desenvolvido no Serviço de Neurocirurgia do Hospital de S. João pela aluna do Mestrado em Enfermagem Medico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Ana Maria de Sá Pereira Guerreiro, sob a orientação da professora Lígia Maria Monteiro Lima.

Basicamente, trata-se de um estudo em que a Investigadora pretende identificar factores desencadeantes e contributivos para as vivências de stress e ansiedade evidenciadas por doentes admitidos para cirurgia no Serviço de Neurocirurgia, bem como conhecer melhor as necessidades expressas pelos doentes, designadamente a nível emocional, psicosocial e de informação.

Para o efeito, está prevista a realização de uma entrevista pela Investigadora, que poderá contribuir para a prestação de informações e esclarecimentos que poderão eventualmente vir a beneficiar os doentes. O incómodo é inerente ao tempo dispendido nas entrevistas. Inclui-se o guião que irá ser utilizado nas entrevistas, que deverá ser devidamente anonimizado.

*Embora se informe no formulário da CES que está prevista o acesso aos dados do processo clínico dos doentes, tal não consta da informação aos participantes, nem do protocolo do estudo. Por outro lado, a verificar-se o acesso aos dados do processo clínico dos doentes, tal deveria ser obtido através de um elo de ligação que não consta igualmente do processo – solicita-se clarificação da investigadora sobre este ponto.*

Prevê-se a obtenção do consentimento informado, do qual se anexa a respectiva cópia. Inclui-se ainda uma informação para o participante que é esclarecedora sobre os objectivos do estudo e que salvaguarda as possíveis questões éticas.

O estudo está autorizado pelo Professor Rui Vaz, director do Serviço de Neurocirurgia do HSJ.

Não existe promotor do estudo e o projecto não é financiado.

Não está prevista nem é aplicável qualquer compensação para os participantes.

Em face da análise do protocolo proponho a sua aprovação pela CES do HSJ, que deverá ficar a aguardar pela resposta da investigadora à questão em itálico.

Porto, 27 de Janeiro de 2011

O relator

Prof. Manuel Pestana

**Comissão de Ética**

De: amguerreiro@sapo.pt  
Enviado: segunda-feira, 31 de Janeiro de 2011 10:36  
Para: Comissão de Ética  
Assunto: Re: Pedido de esclarecimento CES

Ex Senhores

No seguimento do email enviado a 28 de Janeiro de 2011, eu, Ana Maria de Sá Pereira Guerreiro, venho por este meio prestar o devido esclarecimento no que respeita ao acesso ao processo clínico do entrevistado. O objectivo da consulta do processo seria recolher informações dos antecedentes cirúrgicos, muito relevantes para esta investigação, evitando assim fazer a pergunta ao entrevistado. Em alternativa farei a pergunta directamente na entrevista.

Cumprimentos e fico a aguardar resposta.

Ana Guerreiro

CES: Aceitando esta alternativa, face à impossibilidade de obter directamente ao processo clínico, devido ao acrescento em posto ao final possível para realizar a entrevista, entregando a versão final a este Conselho de Ética

2011.02.02

*[Handwritten signature]*

Prof. Doutor Filipe Almeida  
Presidente da Comissão de Ética

O seguinte procedimento

2011.02.14

*[Handwritten signature]*

Prof. Doutor Filipe Almeida  
Presidente da Comissão de Ética

**ANEXO VII: Autorização do Diretor do Serviço de Neurocirurgia**



Exmo. Sr. Prof. Dr. Rui Vaz,  
Director do Serviço de Neurocirurgia do  
Hospital de S. João EPH

Eu, Ana Maria de Sá Pereira Guerreiro, Mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior Enfermagem do Porto, venho por este meio solicitar a Vª Ex.ª a autorização para um trabalho de Investigação no âmbito da minha dissertação de Mestrado alusivo ao tema "Stress e Ansiedade no Pré - Operatório em Neurocirurgia - A Perspectiva do Doente" sobre orientação da Prof. Doutora Lúcia Maria Monteiro Lima, o qual tem como objectivos:

- Conhecer as vivências de stress e ansiedade do doente no pré - operatório em Neurocirurgia.
- Identificar os factores desencadeantes e contributivos dessas vivências.
- Conhecer as necessidades expressas dos doentes.

Para a concretização deste estudo necessita de proceder a entrevistas aos doentes internados no Serviço de Neurocirurgia.

Tendo em consideração os princípios éticos, comprometo-me a respeitar o direito à autodeterminação dos participantes, ao anonimato e à confidencialidade dos dados colhidos. Os participantes serão devidamente informados sobre a natureza do estudo e os princípios éticos que serão desenvolvidos ao longo do estudo, no sentido de respeitar os seus direitos, assim ser-lhes-á pedido consentimento escrito para participar no estudo. Comprometo-me, desde já, a não perturbar o normal funcionamento do serviço. Grata pela atenção dispensada, aguardo deferimento.

Porto, 3 Janeiro de 2011

*Assinado*  
4 Jan 2011

Hospital São João  
Serviço de Neurocirurgia  
Prof. Dr. Rui Vaz  
O.R. 11000

O requerente

*Ana Maria de Sá Pereira Guerreiro*