

Sílvia Abrantes Gonçalves

**PREOPERATIVE ANXIETY – EFFECTIVENESS OF A NURSING
EDUCATIONAL INTERVENTION**

**MESTRADO EM COMUNICAÇÃO CLÍNICA
UNIVERSIDADE DO PORTO
2011**

Sílvia Abrantes Gonçalves

**PREOPERATIVE ANXIETY – EFFECTIVENESS OF A NURSING
EDUCATIONAL INTERVENTION**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre

MESTRADO EM COMUNICAÇÃO CLÍNICA

UNIVERSIDADE DO PORTO

2011

De acordo com o art.3 do capítulo “Tarefas a Realizar” do Regulamento do Mestrado em “Comunicação Clínica”, a presente Dissertação consta da apresentação de dois trabalhos distintos, a saber:

1. Redacção de um ou mais capítulos de um Manual de Competências de Comunicação Clínica, a ser publicado pelo Serviço de Psicologia Médica, no final do Curso. Estes capítulos seguem a formatação prévia de: algoritmo, descrição, fundamentação e exemplo clínico.
2. Realização de um trabalho de investigação submetido para publicação em Revista científica.
3. O conjunto do ou dos Capítulos do Manual e o trabalho realizado e submetido para publicação constituirá a matéria da dissertação para obtenção do Grau de Mestre.

Às pessoas que mais amo na vida:

Aos meus pais, Laura e José, porque sou o que eles me ensinaram e pelos sacrifícios que fizeram por mim

Ao meu marido, Rui Vilela, pelo amor e apoio que me impulsionaram

Ao meu sobrinho, cuja alegria e força de viver me motivaram

Ao meu rebento que ainda tão pequeno e dentro de mim já me despertou a maior felicidade e força de viver, estimulando-me nesta recta final.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Margarida Figueiredo Braga, pelo apoio, força, dedicação e disponibilidade que me proporcionou, só assim foi possível colocar este projecto em prática e finalizá-lo. É difícil com palavras descrever toda a gratidão que sinto, um muito obrigado pela professora excepcional que é.

A todos os professores e funcionários do Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina do Porto, e aos que com eles colaboraram, principalmente à Prof. Doutora Filipa Torres e Prof. Doutor Ernesto Paulo e à Sara, pela atenção e disponibilidade.

Às minhas colegas de serviço pela força, carinho, disponibilidade que depositaram neste projecto, e acima de tudo pela verdadeira amizade que demonstraram, trabalharam como se de um projecto delas se tratasse e construíram comigo lado a lado este trabalho. Muito obrigado pela vossa amizade, um beijinho grande para a Cátia, Liane e Marta.

Ao Centro Hospitalar de Coimbra que autorizou este projecto de investigação e em especial ao serviço de Urologia onde foi colocado em prática. Obrigado à equipa de enfermagem, médica e à secretária clínica Ana Lúcia, por me ajudarem e o tornarem possível.

Aos colaboradores deste projecto que me permitiram ir mais longe...

Ao meu marido, Rui Vilela, pelo amor, amizade, paciência e confiança que durante este período demonstrou, acreditando sempre que eu era capaz, dando-me força, apoiando as minhas decisões e sacrificando-se.

Aos meus pais, que me ajudaram para que pudesse continuar e que sempre acreditaram em mim. Foram eles que me transmitiram ideais que regem a minha vida, vontade de ir sempre mais além e nunca desistir. Adoro-vos

A minha tia Alice e tio António que durante quase dois anos me proporcionou a continuidade neste projecto, e continuamente encorajando-me a não desistir.

À minha sogra pela força, disponibilidade e cooperação.

A todos os pacientes que colaboram neste trabalho, demonstraram paciência e carinho.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para esta construção.

ÍNDICE

Parte I - Capítulo do livro - Competências de Comunicação Clínica “ENTREVISTA COM O DOENTE DE IDADE AVANÇADA”

Algoritmo 1 e 2	9
Descrição	10
Fundamentação	13
Exemplo Clínico	25

Parte II- Artigos de investigação

Artigo 1 - ANSIEDADE PRÉ-OPERÁTORIA – DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO	32
Artigo 2 - PREOPERATIVE ANXIETY – EFFECTIVENESS OF A NURSING EDUCATIONAL INTERVENTION	50

LISTA DE ABREVIATURAS

PSS- Perceived Stress Scale

AVD- Actividades de vida diária

AIVD – Actividades instrumentais de vida diária

AAVD – Actividades avançadas de vida diária

AGA- Comprehensive Geriatric Assessment

GDS – Geriatric Depression Scale

DMS – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD – International Classification of Diseases

CHC, EPE - Centro Hospitalar de Coimbra, Entidade Publica Empresarial

STAIY - State / Trait Anxiety Inventory form Y

STAIY -1 – State/Trait Anxiety Inventory form Y- State portion

STAIY -2 – Trait Anxiety Inventory form Y – Trait portion

SES – Socioeconomic Status

ASA – American Society of Anaesthesiologists

PARTE I

CAPÍTULO DO LIVRO

COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA

“ENTREVISTA COM DOENTE DE IDADE AVANÇADA”

ENTREVISTA COM O DOENTE DE IDADE AVANÇADA

Sílvia Abrantes Gonçalves

ENTREVISTA COM O DOENTE DE IDADE AVANÇADA

ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS

CONTEXTO

- Frente a frente.
- Ausência de ruídos.
- Luminosidade.

COMUNICAÇÃO VERBAL

- Falar e partilhar conversa.
- Falar devagar..
- Perguntas em cone.
- Reorientar o discurso.
- Clarificar as respostas.
- Evitar linguagem padronizada.

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

- Recorrer à linguagem corporal.
- Contacto visual.
- Permitir momentos de silêncio.

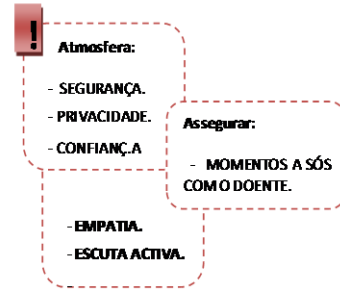
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

PARTILHA DE INFORMAÇÃO

- Envolver o doente, maximizando as suas capacidades..

TOMADA DE DECISÕES E PLANEAMENTO

- Envolver a família, promovendo o suporte necessário.



APROVEITAR AS CAPACIDADES. REEDUCAR O POSSÍVEL

RESPEITAR A IDENTIDADE / PERSONALIDADE. RESPEITAR AS DEFESAS.



1

ENTREVISTA COM O DOENTE DE IDADE AVANÇADA

AVALIAÇÃO MULTIFUNCCIONAL

1 HISTÓRIA

- Pessoal.
- Familiar.
- Actividades / hobbies.

2 ESTADO FUNCIONAL

- Actividades da vida diária.
- Actividades instrumentais da vida diária.

1. Índice de Barthel ou Katz.
2. Escala de Lawton

3 STRESS

- Stressores.
- Mediadores.
- Moduladores.

1. Escala PSS
Perceived Stress Scale.

4 ESTADO EMOCIONAL

- Ansiedade.
- Depressão.

1. Escala Geriátrica de Depressão.

5 ESTADO MENTAL

- Cognição.
- Défice cognitivo ligeiro.
- Demência.

1. *Mini-Mental State Examination.*

6 ESPIRITUALIDADE RELIGIÃO

- Significado.
- Impacto.

2

ENTREVISTA COM O DOENTE DE IDADE AVANÇADA

Sílvia Abrantes Gonçalves

A construção de uma boa relação entre o clínico e o doente de idade avançada tem por base a utilização de estratégias específicas de comunicação. Estas permitem valorizar as atitudes do doente, colmatar limitações sensoriais, cognitivas e físicas e têm em conta a presença eventualmente necessária de um acompanhante.

Na **preparação do contexto**, eliminar a existência de ruídos perturbadores (música, TV), garantir uma boa luminosidade e sentar-se frente a frente e próximo do doente são estratégias adequadas, sobretudo na presença de compromisso visual e auditivo. Disponibilizar ao doente um **tempo privado** é crucial quer para a colheita de informação relevante quer para a proximidade da relação e o estabelecimento da confiança. O acompanhante é igualmente convidado a participar depois na consulta, dado que poderá ter um papel de apoio mais ou menos activo consoante as circunstâncias.

Uma **comunicação verbal** adequada implica falar devagar, ser claro e utilizar palavras simples, privilegiando exemplos concretos e frases curtas, pois o doente de idade avançada pode apresentar dificuldades na compreensão de frases longas ou complexas. As alterações da memória de trabalho e da atenção justificam a necessidade de colocar uma questão de cada vez e orientar o discurso, resumindo e clarificando o que foi dito de modo a organizar a informação. As perguntas “em cone”, em que o clínico inicia com questões abertas e orienta depois o discurso com perguntas fechadas, associadas a uma escuta activa, são aqui particularmente úteis. Dispor de tempo e de calma, não interromper, não corrigir ou colocar em evidência as incongruências e adoptar um discurso facilmente inteligível não só favorecem a colheita de informação como fornecem as bases para uma relação terapêutica adaptada às necessidades do doente. A utilização de transições e a clarificação das respostas permite otimizar a transmissão de sentimentos e emoções, sempre valorizando e normalizando as circunstâncias de maior conteúdo emocional, sejam elas relacionadas com a condição física ou psicossocial do doente.

A **comunicação não-verbal** é usada para valorizar a relação entre os intervenientes através de contacto visual, expressões faciais, gestos e movimentos do corpo que transmitam mensagens de disponibilidade e interesse e forneçam à entrevista um clima afável e caloroso. A permissão de momentos de silêncio demonstra respeito pelo doente, que poderá deles necessitar para continuar o seu discurso (por esquecimento ou procura de uma palavra) e exprimir-se.

Estas estratégias, fundamentando o estabelecimento de uma **relação empática**, permitem que o doente se sinta confortável e capaz de falar acerca das suas preocupações, sentindo-se respeitado e compreendido, e facilitam a abordagem de questões psicossociais.

Respeitar a identidade é indispensável para que o doente mantenha a confiança em si próprio (por exemplo, tratá-lo pelo nome e título a que se habituou). Transmite compreensão e valorização da pessoa como ser único, com desejos, vontades e projectos próprios, e detentor de mecanismos adaptativos de sucesso que serão considerados

também na tomada de decisão. Em resumo, **aproveitar as suas capacidades** e **reeducar** se necessário, respeitando as suas personalidade e identidade.

A entrevista com o doente de idade avançada requer uma **avaliação multidimensional** que inclui a monitorização de capacidades físicas e do estado mental, emocional e funcional, enquadrada na história de vida pessoal, familiar e social. Esta avaliação tem como objectivos:

- **Recolha da história** – para conhecimento e compreensão da história de vida passada e presente, incluindo informação sobre a história pessoal, familiar, actividades e passatempos;
- **Avaliação do estado funcional** – que inclui a utilização de instrumentos de avaliação funcional. Para medir o nível de dependência para as actividades básicas de vida diária (AVD) podem ser utilizadas a Escala de Barthel ou o Índice de Katz. Para avaliar as actividades instrumentais (AIVD) sugere-se a escala de Lawton e Brody. A avaliação funcional poderá ainda incluir a avaliação das actividades avançadas de vida (AAVD);
- **Avaliação do stress** – com exploração de agentes *stressores* (perdas e lutos, estatuto, existência de cuidadores e relação com eles), identificação de comportamentos que poderão servir como mediadores dos efeitos desses *stressores*, facilitando a adaptação às circunstâncias de vida actuais, e de mecanismos de adaptação, passados e recentes (auto-eficácia, envolvimento social, mecanismos para lidar com as situações). A avaliação instrumental pode ser efectuada recorrendo à *Perceived Stress Scale* (escala de avaliação do stress PSS);
- **Avaliação do Estado Emocional** – com investigação e valorização da presença de alterações emocionais, ansiedade ou depressão, o que implica compreender a diferença entre sinais e sintomas do processo do envelhecimento normal e a depressão como doença psiquiátrica. A escala de depressão geriátrica é um instrumento de fácil utilização que permite avaliar o estado emocional;
- **Avaliação do Estado Mental** – que inclui a avaliação da função cognitiva através da utilização de instrumentos simples que permitam identificar e monitorizar défices cognitivos, como o *Mini-Mental State Examination*;
- **Espiritualidade** – para compreensão das necessidades espirituais, o significado que o doente atribui a esta dimensão e o impacto que tem na sua adaptação aos desafios do envelhecimento.

Como em qualquer entrevista, é necessário informar e planear. No caso do doente com idade avançada, um cuidado especial é dado à clarificação e sumarização das informações, de acordo com a avaliação realizada e a adaptação à situação biopsicossocial

do doente. As estratégias e decisões são planeadas e acordadas com o doente, assim reconhecido como um interveniente activo, e envolvendo, se necessário, a família ou acompanhante, para que sejam exequíveis e se traduzam em maior sucesso terapêutico.

FUNDAMENTAÇÃO

O envelhecimento é um processo que implica alterações a nível biológico, psicológico e social. Estas alterações, que afectam de forma particular o indivíduo com idade muito avançada, reflectem-se de modo heterogéneo no comportamento e na experiência subjectiva da pessoa ao envelhecer.¹⁻² O conceito de heterogeneidade é central para a compreensão das características relacionadas com a cultura, história de vida, educação, etnia, sexo, raça, estado físico e mental e necessidades específicas do doente de idade avançada.²⁻³ Por outro lado, o modo como cada doente encara esta fase da vida dita a forma como a adaptação ao processo de envelhecimento vai decorrer – como uma fase integrante do ciclo vital ou como um período de declínio.⁴ Ser capaz de comunicar eficazmente com o doente de idade avançada exige, por parte do clínico, para além da percepção desta diversidade, uma clara compreensão das perdas sensoriais e sociais que podem ocorrer num processo de envelhecimento normal.⁵⁻⁶ A qualidade da comunicação que estabelece com o clínico é referida pelo doente com idade avançada como um factor que influencia significativamente a sua satisfação com os cuidados de saúde.^{2, 4, 7} Uma boa comunicação facilita a adaptação e melhora a percepção que o doente tem do seu estado mental e físico.⁸ Aumenta igualmente a possibilidade de uma avaliação adequada, a probabilidade da terapêutica ser seguida correctamente e promove a adesão a estilos de vida saudáveis e a redução da ansiedade e dor.^{5, 7, 9}

Neste capítulo são sugeridas estratégias de comunicação específicas para uma avaliação global e uma actuação adequada às necessidades do doente de idade avançada, promotoras de maior eficácia terapêutica e de uma relação clínico-doente mutuamente gratificante e compensadora.³⁻⁴

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

Objectivos

1. Evitar a trivialização dos problemas dos doentes de idade avançada, atribuindo inapropriadamente os seus problemas ao processo natural do envelhecimento;
2. Aumentar o interesse e o tempo dispendido com os doentes, evitando atitudes depreciativas e combatendo o pressuposto de que representam uma dificuldade acrescida para o clínico;
3. Aumentar a probabilidade de detectar precocemente problemas psiquiátricos e neurológicos frequentes nesta fase da vida.

Os estudos que investigam a relação clínico-doente nesta fase da vida, e que correlacionam as características dessa relação com os resultados de saúde, são escassos, sendo que a maioria das estratégias recomendadas para desenvolvimento e melhoria desta relação resultam da perspectiva dos autores e das suas experiências empíricas.⁴

A falta de tempo, a linguagem directiva, o bloqueio de temas mais difíceis de abordar, a utilização de uma linguagem padronizada e a pouca importância conferida às questões psicossociais são apontados como factores que influenciam a qualidade desta comunicação.^{3, 5} Estes factores podem ainda reforçar o estereótipo do idoso dependente, frágil, inadequado fisicamente e incompetente mentalmente, aumentando assim os seus

sentimentos de inutilidade e vulnerabilidade e diminuindo a sua auto-confiança, auto-estima e auto-eficácia. Características como diminuição da visão, perda de audição ou distorção e mudanças de discurso são potenciais obstáculos a uma comunicação eficiente, reforçando a vantagem de uma abordagem adaptada ao doente.^{7, 10}

Contexto

A diminuição da acuidade visual, da sensibilidade ao contraste, intolerância à claridade e alteração dos campos visuais é frequente depois dos 65 anos e pode ter um grande impacto. Sendo as pistas visuais importantes para a relação, uma das estratégias recomendadas é reduzir a distância interpessoal sentando-se o clínico mais próximo do doente.⁴

Cerca de um quarto das pessoas com mais de 65 anos e metade das que têm mais de 80 anos apresentam défice auditivo (presbiacúsia). Com a diminuição da sensibilidade auditiva ocorre uma redução na inteligibilidade da fala, o que vem a comprometer seriamente o processo de comunicação verbal. A perda auditiva em altas frequências e em sons com baixa intensidade torna a percepção das consoantes difícil, especialmente quando a comunicação ocorre em ambientes insalubres ou ruidosos. Eliminar ruído ambiente facilita a comunicação, sendo importante que o clínico se mantenha atento a qualquer comportamento sugestivo de perda de audição.¹¹⁻¹³

Frequentemente o doente comparece na entrevista acompanhado. Embora aceitando a presença de uma terceira pessoa, é pertinente que o clínico se mantenha sensível à possibilidade de uma comunicação em privado, se o doente assim o desejar, que permita a expressão de dúvidas, receios e queixas.⁴

Empatia e escuta activa

O estabelecimento de uma relação adequada pode revelar-se fonte de suporte e encorajamento, permitindo que o doente de idade avançada se sinta confortável e confiante para falar das suas preocupações. Uma atitude empática contribui para o sucesso da interacção, permitindo que o doente se sinta ouvido, compreendido e evite a tendência para considerar que “os clínicos não dispõem de tempo para eles”.^{2, 6} Em resumo, os clínicos que escutam activamente os seus doentes são capazes de responder à singularidade do idoso como pessoa e não apenas à sua condição física, permitindo uma interacção baseada na partilha e recuperando e/ou fortalecendo a sua autonomia e os seus sentimentos de utilidade e competência.

Comunicação Verbal

A capacidade de comunicar eficazmente através da linguagem mantém-se estável em toda a vida adulta. As pessoas de idade avançadas têm, no entanto, maior dificuldade em compreender mensagens longas ou complexas, filtrar informação irrelevante, repartir a atenção por múltiplas tarefas ou desviá-la atempadamente, recuperar e reproduzir rapidamente nomes ou termos específicos, tudo conduzindo a um discurso mais repetitivo.¹⁴⁻¹⁵ Além disso, a redução da acuidade auditiva, frequente no doente de idade avançada, pode tornar a linguagem ininteligível no tom de voz normal, o que reforça a necessidade de uma comunicação verbal particularmente cuidada.

Na tentativa de ultrapassar estas dificuldades, uma grande percentagem de clínicos utiliza um discurso padronizado, percebido pelo doente como paternalista, que favorece sentimentos de incompetência, reduz a auto-estima, promove o isolamento social e os

comportamentos de dependência e pode precipitar reacções depressivas.¹⁰ Este “*elderspeak*”, pode ser comparado à conversa com bebés e caracteriza-se por ritmo mais lento, exagerada entoação, elevação do tom e do volume, repetições excessivas, vocabulário e gramática simplificada. O uso de diminutivos e a utilização do plural pressupõe uma intimidade desajustada e uma suposta incapacidade para tomar decisões e são entendidos como paternalistas e degradantes.^{10, 14} Em oposição a este discurso mas não menos negativo, o que autores designam por “*secondary babytalk*”, recorre a uma linguagem demasiado directiva e autoritária, reflectindo um alto grau de controlo, que não reconhece autonomia e espelha o poder clínico na relação.²

Estes padrões de comunicação prejudicam a compreensão do discurso, reforçam os comportamentos dependentes e a opinião estereotipada de que o indivíduo de idade avançada está menos competente em comunicar.¹⁴⁻¹⁵

Inversamente, a utilização de perguntas abertas, com a inerente permissão para falar livremente, e de perguntas fechadas para conduzir e a reorientar delicadamente o discurso, podem contribuir para melhorar a comunicação verbal.⁸ A clarificação de respostas, através de paráfrases ou resumos, permite ao doente focar atenção no que foi dito e perceber que o clínico está atento e que compreende e valoriza o que lhe foi transmitido.^{8, 14}

Comunicação Não-Verbal

A comunicação não-verbal é uma componente sempre presente na comunicação, transmitindo informação pertinente para além do que é dito. Na perspectiva do doente de idade avançada, proporciona uma primeira informação sobre a disponibilidade e interesse do clínico. Transmitindo um clima emocionalmente adequado, as expressões faciais, gestos e postura podem ora facilitar o desenvolvimento da relação ora inibir a abordagem de temas mais delicados.^{2, 6, 16} Momentos de silêncio podem ser utilizados como estratégia para evitar a pressão na recolha de informação, fornecendo tempo extra para a procura da palavra certa ou de alguma recordação importante. Permitem também um espaço de expressão emocional, com a transmissão de sentimentos de respeito e compreensão.^{2, 8}

Personalidade

As primeiras pesquisas nesta área sugeriam que a personalidade se tornava mais rígida com o envelhecimento, ocorrendo uma estabilidade dos seus traços ao longo da vida adulta e da velhice.^{15, 17} As teorias actuais entendem o desenvolvimento como um processo multidimensional e multidireccional, composto pela ocorrência conjunta de ganhos e de perdas e a construção de equilíbrios daí resultantes. De acordo com este modelo, as pessoas possuem, durante toda a vida, potencialidades de mudança (plasticidade), de manutenção e readaptação a acontecimentos limitadores ou facilitadores do processo de desenvolvimento normal.¹⁷⁻¹⁸ Assim, na velhice, os traços de personalidade seriam ainda modificáveis, principalmente em resposta a acontecimentos de vida *stressantes* que requeiram adaptação. Mantendo estável a sua personalidade sob circunstâncias de vida normais, o indivíduo permaneceria capaz de se adaptar a situações complexas.^{15, 17}

Identidade

Compreender e valorizar o doente de idade avançada como um ser único, com desejos, vontades e projectos próprios, reforça os mecanismos adaptativos naturais, já utilizados anteriormente com sucesso, e mantém a auto-confiança.⁸ O respeito pela

identidade preserva o espaço físico, usa o nome com o qual o doente se identifica, ouve e regista passado, família e ocupação, valoriza opiniões e experiência e respeita o pudor físico e psíquico. Mais evita sublinhar ou corrigir falhas de memória ou erros de linguagem, aceita incongruências e compreende as pequenas confabulações ou negações. Formas de respeitar que também permitem compreender melhor o que o doente diz e sente.¹⁹

Este conjunto de estratégias permite a inclusão do doente de idade avançada na construção da relação, através da partilha de informações, e encoraja-o a ser um elemento activo na entrevista e na tomada de decisão, aumentando assim a sua satisfação e adesão ao tratamento.^{3, 8, 20} O reconhecimento das suas competências físicas e mentais é importante para reforçar o sentimento de autonomia e independência do doente. Cabe ao clínico avaliar esses recursos para, com discrição, eliminar a sua passividade, reforçar os sentimentos de competência e promover, recuperar ou manter a sua autonomia.¹⁹

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO DOENTE DE IDADE AVANÇADA

A avaliação geriátrica multidimensional permite detectar problemas médicos, psicossociais e funcionais do doente, com o objectivo de desenvolver um plano de tratamento e acompanhamento a longo prazo.¹⁸ Completa a informação recolhida na história e no exame físico e tem importância no diagnóstico diferencial, permitindo ainda uma identificação precoce dos problemas e a selecção de medidas adequadas para a sua resolução.^{18, 21} O seu carácter multidimensional conduz à caracterização funcional, emocional e mental e à avaliação do nível de *stress* e aborda a espiritualidade, enquadrando o doente na realidade familiar e social em que vive.

Recolha da História

É importante obter a história médica, psicológica e social do doente.⁴ A colheita de informação inicia-se com a narrativa do doente e só depois é complementada com a utilização de perguntas “em cone”.^{4, 18} O modo narrativo fornece uma visão pessoal do mundo, da identidade, da história passada e seu significado, facilitando a compreensão do presente.⁴ Permite ainda detectar alterações mentais e emocionais reveladoras de comprometimento de funções psicofisiológicas.⁶ Os familiares ou acompanhantes podem colaborar na recolha de informação, facultando novos dados omitidos voluntária ou involuntariamente pelo doente.³⁻⁴

Avaliação do Estado Funcional

A avaliação geriátrica global (AGA – *Comprehensive Geriatric Assessment*) compreende a avaliação do estado funcional, física, social e cognitiva, que se influenciam mutuamente.²¹ O conceito de capacidade funcional (de acordo com a Organização Mundial de Saúde) inclui dimensões como a deficiência, incapacidade, desvantagem, autonomia e independência. A incapacidade funcional define-se pelo comprometimento total ou parcial no desempenho de actividades da vida diária.²⁰⁻²¹ Factores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais,²⁰ limitações físicas ou doenças influenciam esta (in)capacidade, que pode ser avaliada através da observação directa, da aplicação de questionários de auto-resposta ou de entrevistas.²¹⁻²²

As funções a avaliar incluem:

- Actividades básicas de vida diária (AVD) - Cuidados pessoais (auto-cuidado e mobilidade);
- Actividades instrumentais de vida diária (AIVD) - Capacidade de executar tarefas quotidianas;
- Actividades avançadas da vida diária (AAVD) - Capacidade para participar em actividades sociais, ocupacionais e recreativas.

Actividades básicas da vida diária (AVD): incluem a capacidade do doente cuidar de si próprio de modo independente a nível da alimentação, vestuário, higiene, mobilidade, etc. Os instrumentos mais utilizados são a Escala de Barthel e o Índice de Katz.¹⁸ A **Escala de Barthel** é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida: alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Está adaptada para a população portuguesa com uma pontuação que varia de 0-20, sendo 0 muito dependente e 20 completamente independente.²³⁻²⁴ O instrumento possui características consistentes de fiabilidade e validade.^{21, 25-26}

O **Índice de Katz** avalia a dependência/independência dos doentes, cotando seis actividades de vida diária: tomar banho, vestir-se, usar a sanita, mobilizar-se, controlar os esfínteres e alimentar-se. Na escala original, cada actividade é dividida em três níveis de funcionamento: independente, parcialmente dependente e dependente, posteriormente ordenados em duas categorias: dependente ou independente. Os doentes são incluídos em um dos oito níveis de dependência (de A a G), correspondendo A a “independente em todas as funções” e G a “dependente em todas as funções”.^{25, 27}

Actividades instrumentais de vida diária (AIVD): estas actividades podem ser avaliadas através da **Escala de Lawton**, de fácil e rápida utilização,¹⁸ que monitoriza a capacidade de desempenho de tarefas do dia-a-dia, como usar o telefone, utilizar os transportes, ir às compras, cozinhar, arrumar a casa, tomar a medicação ou usar dinheiro. Originalmente desenvolvida por Lawton and Brody em 1969, para avaliar as mais complexas AVDs necessárias para viver em comunidade, esta escala mostrou níveis aceitáveis de fidelidade e validade.²⁸ Pode ser aplicada sob a forma de auto-avaliação ou como entrevista, incluindo oito domínios para ambos os sexos. A divisão por géneros tem sido uma das críticas a este instrumento, que impede a cotação nos doentes do sexo masculino de tarefas classicamente atribuídas às mulheres, pontuando uma dependência situacional e não funcional.²⁹ O método mais comum de cotação, é fornecer a cada item a pontuação 0 (menos capaz) e 1 (mais capaz) ou 1 (incapaz), 2 (necessita de ajuda) e 3 (independente), sendo o resultado a soma de todas as respostas.²⁸⁻²⁹

Actividades avançadas da vida diária (AAVD): não sendo essenciais para a independência dos doentes de idade avançada, este grupo de actividades contribui significativamente para a qualidade de vida. Incluem actividades de lazer, viagens, exercício físico e participação em actividades de voluntariado, sociais ou religiosas.²⁹ Embora os doentes que não participam nestas actividades não sejam considerados disfuncionais, o seu não envolvimento pode indicar uma perda em relação ao funcionamento anterior e/ou factor de risco para futuras perdas.¹⁸

Avaliação do Stress

O *stress* traduz uma reacção intensa e individual do organismo a qualquer acontecimento que altere o seu equilíbrio dinâmico e ameace a sua sobrevivência. Essa reacção ocorre, em geral, perante a necessidade de adaptação exigida do indivíduo em momentos de mudança. O *stress* não resulta do acontecimento em si, mas da avaliação atribuída ao desequilíbrio entre as exigências do meio e os recursos disponíveis para responder a essas mesmas exigências.³⁰ Influencia o funcionamento fisiológico de sistemas importantes (circulatório, endócrino, imunitário), podendo, quando em níveis elevados, originar danos físicos e mentais.⁸

A pessoa de idade avançada está exposta a mudanças que podem representar ganhos mas também perdas numa capacidade previamente existente.¹⁹ As alterações impostas por sucessivas perdas acarretam níveis mais elevados de *stress* que, associados à redução progressiva das possibilidades de fazer face com sucesso a essas mesmas perdas, resultam na sobrecarga dos mecanismos adaptativos.

Agentes de Stress: a reforma, a morte de entes queridos, as mudanças de papéis sociais e as perdas sensoriais e funcionais, com a conseqüente redução da mobilidade e autonomia, podem constituir-se Agentes de *Stress* nesta fase da vida.³¹ A alteração de papéis sociais pode ser particularmente *stressante*, destacando-se, dentro deles, a reforma e o distanciamento da vida produtiva. A redução da auto-estima associada a sentimentos de menor utilidade é geradora de angústia, marginalização e isolamento, dificultando a adaptação do doente ao mundo em que vive.^{1, 30} A perda de papéis e estatuto ocorre também no contexto familiar, quando o doente perde a importância que detinha na família.¹ No entanto, a forma como avalia estes agentes e os recursos que possui para lhes fazer face, são os principais determinantes do modo como é afectado por eles.³¹

Mediadores: O suporte social e o sentimento de auto-eficácia são fortes mediadores da relação entre os agentes de *stress* e as conseqüências do *stress*.

O **suporte social** pode atenuar o impacto do *stress*, na medida em que o desenvolvimento de contactos sociais com parentes, vizinhos ou amigos permite a troca de experiência com aqueles que estão ou já experimentaram perdas iguais.⁸ A perda de suporte social relevante (cônjuge, outros familiares, amigos) reduz a oportunidade de utilização deste factor de protecção em situações de *stress*, tornando os doentes mais vulneráveis.³ Inversamente, a manutenção dessas relações sociais promove o uso de estratégias de controlo face às perdas e mudanças relacionadas com a idade, reforçando a auto-eficácia e reduzindo o sofrimento psicológico.^{1, 30, 32}

A manutenção do controlo e a sensação de **auto-eficácia**, perspectivada como a capacidade de auto-determinação e decisão sobre a própria vida, são conceitos fundamentais para um envelhecimento equilibrado. Definida por Bandura (1977, 1997) como o grau de confiança que o indivíduo tem de ser bem sucedido em determinados comportamento ou tarefas específicas, reflecte a crença da pessoa no sucesso dos seus esforços para alcançar determinados resultados. A auto-eficácia pode ser influenciada pela observação do desempenho de outras pessoas, as experiências de êxito e o reforço e encorajamento dos comportamentos bem sucedidos.³³ Vários investigadores demonstraram a relação existente entre a auto-eficácia e a qualidade do envelhecimento, concluindo que uma boa adaptação requer um aumento da auto-eficácia que permita manter as AVD quando algumas incapacidades as colocam em risco.^{19, 32}

Moduladores: as redes sociais, a religiosidade/espiritualidade e a presença de comportamentos saudáveis poderão amortecer as consequências do *stress* na vida do doente. As actividades e formas de ocupação, compatíveis com o seu estado de saúde, são úteis para criar segurança e satisfação, permitindo-lhe manter um relacionamento interpessoal e social gratificante.⁸ A religiosidade/espiritualidade como mecanismos de adaptação ao *stress* tem sido referida por vários autores. Esta dimensão pode ser concebida como parte do processo de solução de problemas, porque a valorização da religião e dos conceitos espirituais contribuem para uma melhor adaptação a situações exigentes.^{30,32}

Avaliação instrumental - *Perceived Stress Scale* (PSS): o PSS é um instrumento de auto-resposta que permite medir o grau de *stress* percebido pelos indivíduos num determinado período de tempo (habitualmente no mês anterior ao preenchimento do mesmo).³⁴ A versão com 10 itens tem revelado melhores características psicométricas, tanto nos estudos originais como em investigações nacionais.³⁴⁻³⁵ A facilidade de utilização e fiabilidade dos resultados torna-o uma boa opção na avaliação dos níveis de *stress* na população idosa.

Avaliação do Estado Emocional

A depressão, representando uma fatia importante das doenças psiquiátricas que atingem os indivíduos com mais de 65 anos, está associada às alterações físicas, económicas e sociais que acompanham o envelhecimento. Os idosos institucionalizados, com maior declínio do estado funcional, menor nível socioeconómico e maior isolamento social apresentam um maior risco para a depressão.^{3, 36} O tratamento é particularmente importante para prevenir perdas de funcionalidade e risco de suicídio, e essencial para manter e melhorar a qualidade de vida dos doentes.^{3,18,31}

A depressão no doente de idade avançada é frequentemente subdiagnosticada, sendo as suas manifestações atribuídas pela família, profissionais de saúde e ele próprio ao processo normal de envelhecimento.¹⁸ O seu diagnóstico é dificultado por comorbilidade com doenças físicas, baixos recursos económicos e limitado acesso aos cuidados de saúde. Contudo, a capacidade dos profissionais de saúde para detectar precocemente sinais e sintomas de depressão pode contribuir para a sua identificação e tratamento eficaz.

Avaliação instrumental – *Geriatric Depression Scale* (GDS): a utilização de escalas de depressão pode facilitar a detecção deste problema, fornecendo uma informação rápida e objectiva sobre a presença de sintomas depressivos que alertem para a necessidade de um diagnóstico clínico.³⁷ A Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale*), desenvolvida por Yesavage et al (1982)^{18, 38} é um instrumento fidedigno, rápido e fácil de utilizar pelos profissionais de saúde, que pode ser utilizado em auto-resposta pelo doente, e permite ainda monitorizar os resultados da terapêutica.¹⁸ Foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo em 1988.³⁹

Avaliação do Estado Mental

A avaliação apropriada do estado cognitivo permite identificar doentes com perdas cognitivas leves a moderadas e distingui-las do declínio de outras funções cognitivas, como a atenção, aprendizagem e comunicação, que acompanham o processo natural de

envelhecimento. Pode ainda possibilitar a detecção de situações clinicamente mais graves indiciando um processo de demência.^{4,40}

O **Défice Cognitivo Ligeiro** é definido como um estado transitório entre o envelhecimento normal e a demência leve. Caracteriza-se pela perda de memória sem comprometimento do desempenho das actividades de vida diária.⁴⁰ Dado que estes indivíduos apresentam maior probabilidade de evoluir para uma situação de demência,⁴¹ está indicada a utilização de questionários, baterias de avaliação neuropsicológica e entrevistas estruturadas, na identificação e monitorização de idosos com este défice cognitivo.¹⁸

A **demência** manifesta-se por alterações da linguagem, memória, cognição, personalidade, raciocínio e capacidade de julgamento. Sendo uma designação abrangente, inclui quadros clínicos variados em características clínicas e patofisiológicas. A suspeita clínica de demência deverá ser confirmada através da utilização dos critérios de diagnóstico estabelecidos pelo DMS (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, da *American Psychiatric Association*) ou ICD (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*, da Organização Mundial de Saúde) e/ou meios complementares de diagnóstico.¹⁸

Avaliação instrumental - Mini-Mental State Examination (MMSE): o MMSE é um instrumento amplamente utilizado para avaliação do estado cognitivo, facilmente replicável, simples e rápido. Encontra-se validado para a população portuguesa⁴² e a sua pontuação pode ser ajustada de acordo com o nível de escolaridade. Avalia medidas cognitivas básicas como orientação, memória, atenção, cálculo, linguagem, capacidade para ler e escrever.^{18, 43} Pode ser importante informar o doente que se trata de um teste comum e que não se deve preocupar com a exactidão das respostas. ⁴

ESPIRITUALIDADE E RELIGIÃO

A espiritualidade pode ser definida como o modo como o indivíduo compreende e vive a sua vida, atendendo ao seu significado e valor. Sendo um processo experiencial, caracteriza-se pela procura de significado, propósito e transcendência, conferindo força interior, paz, harmonia e uma relação dinâmica consigo, com os outros e com os seus valores pessoais. Este conceito lato inclui cultura e religião como dimensões de espiritualidade.⁴⁴⁻⁴⁵

É importante avaliar a religiosidade e a relevância conferida às questões espirituais, dada a sua comprovada influência no bem-estar pessoal e o potencial efeito facilitador da adaptação aos desafios do envelhecimento.⁴⁵⁻⁴⁶ A influência da global, na satisfação com a vida, no relacionamento conjugal ou na ocorrência de depressão, suicídio e abuso de substâncias.^{45, 47}

Por outro lado, a espiritualidade influencia e é influenciada pelos acontecimentos desafiantes do envelhecimento e promove maior auto-conhecimento e melhoria das condições de vida e de saúde no processo de adaptação a condições adversas.^{44, 46} Num período de reavaliação da vida e de procura de significado, a espiritualidade pode ajudar o doente a suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade.⁴⁴⁻⁴⁵

A religiosidade, por seu lado, tem sido definida como a participação em crenças e rituais religiosos, podendo funcionar como alimentador e meio de expressão para a

espiritualidade. Tem vindo a ser demonstrado que a maioria dos idosos religiosos é fisicamente mais saudável, tem estilos de vida mais salutares e requer menos assistência de saúde.⁴⁸ Para alguns doentes, a perda de importantes recursos sociais e de apoio pode transformar a religião na única fonte de suporte capaz de proporcionar sentimentos de pertença, companheirismo e coesão. A religião pode, assim, fornecer valiosos recursos emocionais – incentivo, esperança e ajuda – e instrumentais, como a monitorização da doença.^{45-46, 48}

INFORMAR, PLANEAR E ENCERRAR

Como com os outros doentes, o profissional de saúde envolve o idoso no plano de tratamento, reconhecendo-lhe importância e parceria nas decisões. Adapta, como com os outros doentes, este momento à especificidade da pessoa. Fornece informação de modo claro e fraccionado, permitindo-lhe focar a atenção no essencial.^{3, 15} A presença de uma terceira pessoa, pelo menos num período da consulta, pode ser necessária como veículo de informação e apoio para a compreensão da condição médica, psicológica e social do doente de idade avançada.³ A sua presença pode ter uma importância adicional quando o doente se torna física e cognitivamente vulnerável e desempenhar um papel fundamental na estruturação de um plano terapêutico bem sucedido.³⁻⁴

Referências

1. Mendes MRS, Gusmão AMF, Leite RCB. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(4):422-6.
2. Caris-Verhallen WM, Kerkstra A, Bensing JM. The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. *J Adv Nurs.* 1997;25(5):915-33.
3. Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. *Clin Interv Aging.* 2007;2(3):453-67.
4. Adelman RD, Greene MG, Ory MG. Communication between older patients and their physicians. *Clin Geriatr Med.* 2000;16(1):1-24.
5. Jarrett N, Payne S. A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected? *J Adv Nurs.* 1995;22(1):72-8.
6. Miller L. Effective communication with older people. *Nurs Stand.* 2002;17(9):45-50; quiz 3, 5.
7. Weitzman PF, Weitzman EA. Promoting communication with older adults: protocols for resolving interpersonal conflicts and for enhancing interactions with doctors. *Clin Psychol Rev.* 2003;23(4):523-35.
8. Barreto J. Relação terapêutica com o paciente idoso *in psicogeriatría.* Coimbra: Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade; 2006.
9. Kahana E, Kahana B. Patient proactivity enhancing doctor-patient-family communication in cancer prevention and care among the aged. *Patient Educ Couns.* 2003;50(1):67-73.
10. Williams K, Kemper S, Hummert ML. Enhancing communication with older adults: overcoming elderspeak. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2005;43(5):12-6.
11. Sommers MS. Speech perception in older adults: the importance of speech-specific cognitive abilities. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45(5):633-7.
12. Pichora-Fuller MK, Souza PE. Effects of aging on auditory processing of speech. *Int J Audiol.* 2003;42 Suppl 2:2S11-6.
13. Gordon-Salant S. Hearing loss and aging: new research findings and clinical implications. *J Rehabil Res Dev.* 2005;42(4 Suppl 2):9-24.
14. Williams K, Kemper S, Hummert ML. Improving nursing home communication: an intervention to reduce elderspeak. *Gerontologist.* 2003;43(2):242-7.
15. Louise Berger DM-P. *Pessoas Idosas - Uma abordagem global: Lisboa - Lusodidacta;* 1995.
16. Serra Rexach JA. [Communication between the elderly patient and the doctor]. *An Med Interna.* 2003;20(2):57-8.
17. R.J. Maiden SAP, M. Caya Jr. B. Hayslip. Personality changes in the old-old: a longitudinal study. *Journal of Adult Development* 2003;10(1):31-9.
18. Veríssimo MT. Avaliação multidimensional do idoso *in psicogeriatría.* Coimbra: Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade; 2006.
19. Paúl C. *Psicologia do envelhecimento in psicogeriatría.* Coimbra: Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade; 2006.
20. Rosa TEC, Benício MH, Latorre MRO, Ramos LR. Factores determinantes da capacidade funcional entre idoso. *Rev Brasileira Saúde Pública.* 2003;37(1):40-8.
21. Junior CMP, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(1):7-19.
22. Torres GV, Reis LA. Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2010;68(1):39-43.

23. Ministério da Saúde P. Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2001.
24. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Portuguesa de Saúde Pública*. 2007;25(3):59-66.
25. Cabanero-Martinez MJ, Cabrero-Garcia J, Richart-Martinez M, Munoz-Mendoza CL. [Structured review of activities of daily living measures in older people]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(5):271-83.
26. Lobo A, Pereira A. Idoso institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão física. *Rev Referência*. 2007;2(4):61-7.
27. Katz S, FABS, Moskowitz R.W, Jackson B.A, Jaffe M.W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial. *JAMA*. 1963;185(12):914-9.
28. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
29. Graf CMS. The Lawton of Scale. *AJN*. 2008;108(4):52-61.
30. Alves VCP. Stress e Qualidade de vida em grupos de idosos: análise e comparação. Campina: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2008.
31. Luft CDB, Sanches SO, Mago GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Brasileira de Saúde Pública*. 2007;41(4):606-15.
32. Blazer DG. Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging Ment Health*. 2002;6(4):315-24.
33. Yassuda MS, Lasca VB, Neri AL. Meta-Memória e Auto-Eficácia: Um estudo de validação de Instrumentos de pesquisa sobre Memória e Envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005;18(1):78-90.
34. Ramos RC. Acontecimentos de vida na Infância e percepção de stress na Adulterez [Monografia]. Braga: Universidade do Minho; 2004.
35. Mota-Cardoso R, Palhinhas, Veríssimo R, Pais AB, Moura L. Stress nos professores portugueses: Estudo IPSSO 2000. Porto: Porto Editora; 2002.
36. Leite VMM, Carvalho EMF, Barreto KML, Falcão I. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do programa Universidade Aberta à terceira idade. *Rev Brasileira Saúde Materno-Infantil*. 2006;6(1):31-8.
37. Osvaldo P, Almeida SAA. Confiabilidade da versão Brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) Versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;52(2-B):421-26.
38. Vaz SFA. A Depressão no Idoso Institucionalizado. Porto: Universidade do Porto; 2009.
39. Veríssimo MT. Avaliação Diagnóstica dos Síndromes Demenciais - Escala da Depressão Geriátrica. Porto: Universidade do Porto; 1988.
40. Hollveg P, Hamdan AC. Avaliação neuropsicológica em idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2008;5(2):110-23.
41. Zerbini FMG. Avaliação da estado cognitivo de idosos de um centro de convivência. Rio de Janeiro: Universidade de Castelo Branco; 2009.
42. Guerreiro M. Contributo da Neuropsicologia para o estudo das Demências. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 1998.
43. Folstein MF. "Mini Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975;12:189-98.
44. Masiero MSD, Battistella L. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*. 2001;8(3):107-12.
45. Narayanasamy A, Clissett P, Parumal L, Thompson D, Annasamy S, Edge R. Responses to the spiritual needs of older people. *J Adv Nurs*. 2004;48(1):6-16.
46. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs*. 2006;15(7):885-96.

47. Thoresen C. Spirituality and health. Is there a relationship. *Journal of Health Psychology*. 1999;4(1):291-300.
48. Robinson JD, Jon FN. Grounding research and medical education about religion in actual physician-patient interaction: church attendance, social support, and older adults. *Health Commun*. 2004;16(1):63-85.

EXEMPLO CLÍNICO

Rosa Baptista, 78 anos, viúva, professora primária. Internada no Serviço de Medicina Interna dum Hospital Geral.

Preparação do contexto, apresentação

Criar privacidade

(fechar a porta e desligar a TV)

Sentar-se de frente para o doente

Clínico: Boa tarde Sr.^a D.^a Rosa, chamo-me Henrique Leitão e sou o médico que a vai atender hoje aqui no hospital, como está?

Apresentar-se e informar sobre a função que exerce

Cumprimentar

...

(aperto de mão)

Clínico: Pode dizer-me o seu nome completo?

Colocar questões fechadas para informação de carácter geral

Doente: Maria Rosa Baptista.

(clarificar)

Clínico: A sua residência?

Doente: Moro em Gaia, sou viúva há 3 anos, vivo muito sozinha desde essa altura, o meu marido faz-me muita falta para tudo, sabe? Era com ele que fazia tudo, passeava, conversava, ainda me lembro quando éramos jovens e fomos a Lisboa...

Não interromper, ouvir pacientemente

Clínico: Compreendo, deve ter sido muito difícil... é de facto uma perda importante...

Responder às emoções e reorientar o discurso.

...

Recolha da história

Clínico: Tenho algumas perguntas para lhe colocar acerca da sua saúde, gostava de a conhecer melhor. Será uma boa altura para falar? ...

Confirmar a disponibilidade para a entrevista

(estado de consciência, ausência de incómodo físico relevante, etc.)

Clínico: Então, como tem passado estes últimos dias?

Iniciar com questão aberta

Doente: Hum... Não sei bem o que se passou, mas a minha vizinha achou que era melhor eu vir ao hospital... Ela preocupa-se muito comigo... Quando eu ainda trabalhava, não tinha tempo para estas coisas, fui professora muitos anos e todos os meus alunos gostavam de mim. Ainda hoje quando me encontram me fazem uma festa!

Ouvir atentamente sem interromper (registar possível falta de coerência do discurso e desorientação)

...

Clínico: Já me disse que era professora, uma profissão muito interessante, percebi que já não exerce... estou certo?

*Clarificar
(com seguimento de pistas verbais e valorização)*

Doente: Pois é! E eu gostava muito, exerci alguns anos, mas depois dediquei-me inteiramente ao meu casamento, mas por vezes ainda dava umas aulas.

*Respeitar a identidade/
transmitir empatia*

Clínico: Dedicar-se ao casamento devia ocupar-lhe muito do seu tempo, e ainda dava aulas. E desde que ficou viúva, com que ocupa os dias?

Obter a descrição da realidade actual e os sentimentos associados

Doente: Ando lá por casa e passeio pelo meu jardim... quando o meu marido era vivo fazíamos muitas actividades, era eu que era responsável pelas festas de caridade, organização de passeios e muitas coisas lá da paróquia. Desde que ele se foi, deixei-me disso... só vou à missa ao Domingo e lá fico para almoçar, é o melhor dia da semana.

Não interromper

...

Doente: Tenho os meus vizinhos, eles preocupam-se muito comigo, mas nem é preciso...

Avaliar fontes de suporte

Clínico: É sempre bom ter alguém que se preocupa connosco, é a eles que recorre quando precisa?

...

Avaliação do estado funcional

Clínico: Gostaria que me falasse um pouco acerca de como cuida de si no dia-a-dia. Na sua higiene, precisa de alguma ajuda?

Avaliar as actividades básicas de vida

Colocar uma pergunta de cada vez

Doente: Não, eu não preciso de ajuda nenhuma.

Confirmar e clarificar

Clínico: Então, se percebi, a Sr.^a D.^a Rosa trata da sua **higiene pessoal** sem ajuda. Ou seja, toma banho, lava os seus dentes e cara e penteia-se sozinha. É isso?

Doente: Sim.

Pontuação 1- independente

Clínico: Para **andar** necessita de se apoiar, por exemplo em algum pau ou bengala?

Utilizar exemplos concretos

Doente: Não, ainda tenho muita força nas pernas.

Pontuação 3 - independente

...

Doente: ... por vezes levo comida que sobra do almoço do Domingo e congelo.

Avaliar actividades de vida diária

Clínico: Então e utiliza o fogão?

Utilizar exemplos concretos

Doente: Não, aqueço no microondas.

Pontuação - 0 - incapaz de preparar refeições

...

Avaliação do estado mental

Clínico: Mais uma vez, estas perguntas são as que faço a todos os meus doentes. A maioria delas são fáceis, tente responder o melhor que for capaz... temos tempo! Que dia da semana é hoje?

Avaliar a orientação

Doente: ... são 6 de Junho? Não sei bem.

Pontuação - 0

Avaliação do estado emocional

Clínico: Sr.^a D.^a Rosa, pelo que percebi a morte do seu marido foi e é uma perda muito difícil, que alterou muito a sua vida, é isso?

Explorar as emoções

Doente: Sem ele, nada faz sentido. Sabe, fui muito feliz com o meu marido. Ele era muito meu amigo, morreu sem eu esperar... Mas quando vou à missa, volto logo para casa.

(paráfrase com seguimento das pistas verbais)

Clínico: Era muito seu amigo... Agora prefere ficar em casa a sair?

Reflexão - empatia

Doente: Sim... ando pelo meu jardim e trato dele.

...

Clínico: Apesar da falta do seu marido e da dificuldade que tem passado, vejo que tem encontrado apoio na sua fé

Explorar o significado da religião na vida do doente

...

Entrevista com o acompanhante

...

Clínico: Sr. Aníbal, já visitou a sua tia?

Manter a confidencialidade

Sr. Aníbal (acompanhante): Sim, estive um pouco com ela... ainda estou surpreso com isto tudo.

Clínico: Como lhe pareceu a Sr.^a D.^a Rosa?

Sr. Aníbal (acompanhante): Já não estava com a minha tia há cerca de nove meses, estive fora do país, achava que estava tudo bem, mas estava enganado. Parece-me muito confusa...

Recolher informação específica

...

Clínico: Parece-me preocupado com sua tia, como encontrou a sua casa?

Confirmar a incapacidade do doente para actividades de vida diária

Sr. Aníbal (acompanhante): Se estou preocupado! Aquela casa nem parecia dela, toda desarrumada, sem comida na despensa e, no frigorífico, comida estragada... A minha tia não era assim, tomava conta de tudo sozinha... nestas últimas semanas, uma vizinha contou

que nem tem ido à missa e raramente saía do seu quintal!

...

Informar e planear

1º Informar a Doente

Clínico: Bom dia, Sr.^a D.^a Rosa, como se sente?

Informar com uma linguagem simples (usar o vocabulário do doente)

Doente: Bem... a cabeça às vezes ainda anda tonta.

Clínico: Pois ainda precisamos de fazer alguns exames à sua cabeça para percebermos melhor o que se está a passar. Quanto à pneumonia, já está muito melhor. Esses exames à cabeça são feitos num outro hospital, o que lhe parece?

2º Informar o acompanhante

Clínico: A sua tia está melhor da pneumonia, mas infelizmente mantém alguma desorientação...

Fornecer informação reduzida

Sr. Aníbal (acompanhante): Sim, tenho verificado isso, inicialmente pensei que fosse só da pneumonia... mas vejo que há mais qualquer coisa... ela está mesmo desorientada.

Clínico: A sua tia necessita de realizar novos exames para conseguirmos saber ao certo o que ela tem, e por isso teremos que a transferir para outra unidade e com outros especialistas, qual é a sua opinião?

Envolver o familiar para possível suporte

...

Parte II
ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO

**Artigo 1 - “ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA - DESENVOLVIMENTO DE UM
PROGRAMA EDUCATIVO”**

**Artigo 2 - PREOPERATIVE ANXIETY - EFFECTIVENESS OF A NURSING
EDUCATIONAL INTERVENTION**

Ansiedade Pré-Operatória – Desenvolvimento de um Programa Educativo

POR

SÍLVIA GONÇALVES ⁽¹⁾, MARGARIDA FIGUEIREDO BRAGA ⁽²⁾

Resumo

A ansiedade pré-operatória é um fenómeno frequentemente detectado em pacientes que aguardam uma intervenção cirúrgica, com início no momento em que esta é agendada e que se intensifica aquando da admissão no hospital. Os níveis elevados de ansiedade detectados antes da cirurgia estão relacionados com diversas causas (medo do desconhecido, dor e desconforto, anestesia, risco cirúrgico percebido, etc.), sendo igualmente variados os factores favorecedores ou moduladores e as consequências psicológicas e fisiológicas deles resultantes. A sua incidência e impacto significativo apontam para a necessidade de uma intervenção eficaz na redução dos níveis de ansiedade. Com este objectivo, e envolvendo preferencialmente profissionais de enfermagem, intervenções de formato diverso e eficácia variável têm sido propostas. O programa educativo apresentado neste trabalho, a aplicar por profissionais de enfermagem, visa a redução da ansiedade pré-operatória recorrendo a uma abordagem centrada no paciente, personalizada e individualizada. A sua duração breve e facilidade de aplicação favorecem a extensão a diferentes contextos cirúrgicos exigindo aos profissionais uma preparação prévia mínima. O programa inclui a recolha de informação que permita identificar as preocupações e dúvidas geradoras de ansiedade, a identificação, exploração e resposta às emoções manifestadas pelo paciente e o fornecimento de informação personalizada e padronizada conducente ao reforço de sentimentos de controlo e segurança. Pretende-se implementar a participação activa do paciente nos procedimentos cirúrgicos, promovendo uma atitude mais positiva, de maior colaboração e satisfação.

⁽¹⁾ Enfermeira do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Coimbra (CHC, EPE); Aluna do Mestrado em Comunicação Clínica - Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

⁽²⁾ Professora Auxiliar - Psicologia Médica; Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Praça Gomes Teixeira 4099-002 Porto.
E-mail: mmfb@med.up.pt

Abstract

Preoperative anxiety is frequently detected in patients undergo elective surgical procedures, beginning as the surgical procedure is planned and manifesting increasing intensity on admission to hospital. Fear of uncertainty, loss of control, anticipation of postoperative pain and discomfort, anaesthesia and perceived consequences of surgery are causes associated with higher anxiety levels. Various factors can be either protective or trigger anxiety, with various physiological and psychological consequences. The incidence and significant impact point to the need for an effective intervention in reducing anxiety levels in these patients. Preferably involving nursing professionals, diverse interventions with variable efficacy have been proposed.

The pre operative education programme presented is designed to be applied by nursing professionals, and aimed to reduce preoperative anxiety levels, using a customized and individualized patient-centered approach. Applicability and brief duration are advantages enhancing the possibility of generalization to different surgical contexts, while assuming reduced previous training.

The programme includes gathering information in order to identify concerns and doubts anxiety generators, identification, exploration and response to patient's emotions and providing of tailored and standardized information conducting to reassurance and control. It aims further to implement the patient's active participation in surgical procedures, promoting a more positive attitude, greater collaboration and satisfaction.

Introdução

Uma cirurgia programada acompanha-se de acontecimentos stressantes de natureza física e psicológica (Caumo et al., 2001; Johansson et al., 2005; Pritchard, 2009b; Wetsch et al., 2009) com início no momento em que a cirurgia é agendada, que se intensificam aquando da admissão no hospital (Mitchell, 2000; Pritchard, 2009a) até à intervenção cirúrgica. A ansiedade é uma reacção psicológica frequente a esses acontecimentos, dependente de numerosos factores e sensível a mediadores pessoais e ambientais (Caumo et al., 2001; Cooke et al., 2005; Palmer, 2007; Pritchard, 2009a; Vaughn et al., 2007; Wiens, 1998) A admissão ao hospital provoca no indivíduo uma ruptura com o seu ambiente habitual originando sentimentos de insegurança e dependência e introduzindo alterações nos hábitos e na capacidade de auto-realização e cuidado pessoal (Barbosa and Radomile, 2006; Souza et al., 2005). Apesar gerar por si

só ansiedade, (Pritchard, 2009a; Scott, 2004), é reconhecido que os pacientes que apresentam no momento de internamento maior bem-estar físico, apresentam níveis de ansiedade mais elevados do que aqueles que se “sentem doentes” no momento de admissão (Cochran, 1984; Swindale, 1989). A intervenção cirúrgica, por outro lado, apesar das inovações técnicas e aumento da qualidade e segurança dos procedimentos, constitui ainda um momento perturbador que se acompanha de anseios, dúvidas e medos (Souza et al., 2005).

Os níveis de ansiedade experienciados por cada indivíduo antes de uma intervenção cirúrgica estão dependentes de factores psicossociais (idade, género, personalidade, experiências prévias, mecanismos de coping, auto-estima, estado emocional, antecedentes psiquiátricos), médicos (antecedentes médicos, presença de dor), e cirúrgicos (extensão e tipo de cirurgia) (Alves et al., 2007; Caumo et al., 2001; Pritchard, 2009a; Pritchard, 2009b; Swindale, 1989). O estudo das causas de ansiedade pré-operatória revelou que o medo do desconhecido, a anestesia geral, o risco cirúrgico percebido, a perda de controlo, a dor e desconforto, a recuperação e consequências da cirurgia, eram as mais comumente referidas (Alves et al., 2007; Badner et al., 1990; Caumo et al., 2001; Cooke et al., 2005; Mitchell, 2000; Mitchell, 2008; Mitchell, 2010a; Pritchard, 2009a; Pritchard, 2009b; Scott, 2004; Swindale, 1989).

As manifestações fisiológicas e psicológicas de ansiedade no contexto pré-operatório podem, apesar do seu impacto, ser difíceis de reconhecer por alguns pacientes (Cooke et al., 2005; Pritchard, 2009a; Scott, 2004). A nível fisiológico a activação do sistema endócrino e nervoso autónomo pode originar níveis elevados de tensão arterial, pulso, temperatura, sudorese, hipersensibilidade ao toque e cheiro e particularmente o aumento do risco de infecção, cicatrização retardada e desequilíbrio electrolítico (Pritchard, 2009a; Pritchard, 2009b; Scott, 2004; Wetsch et al., 2009). Por outro lado a apreensão, tensão, nervosismo e agressividade dificultam a adaptação e a resposta do paciente à analgesia e à anestesia. Estas alterações emocionais podem afectar também a sua capacidade de compreensão e a relação com a equipa de saúde (Pritchard, 2009a; Pritchard, 2009b).

Diversos estudos têm comprovado que níveis elevados de ansiedade pré-operatória contribuem para aumentar a dor pós-operatória, o número e gravidade das complicações pós-cirúrgicas, tempo de internamento, e reduzir os níveis de satisfação dos pacientes com os cuidados prestados (Berg et al., 2006; Cooke et al., 2005; Lin and Wang, 2005; Palmer, 2007; Vaughn et al., 2007; Wiens, 1998). A incidência de ansiedade pré-

operatória oscila entre 11 a 80% em pacientes adultos, atingindo 85% num estudo de 2010 de Mitchell (Caumo et al., 2001; Mitchell, 2010a; Pritchard, 2009b). O Questionário de Ansiedade Estado / Traço (STAIY- I e II) de Spielberger e colaboradores (Spielberger et al., 1983) tem sido largamente utilizado para a sua avaliação instrumental, embora outros instrumentos tenham sido usados como, a Escala de Ansiedade e Depressão de Beck (Beck, 1988), Escala de Ansiedade de Hamilton (Hamilton, 1959), Questionário de bem-estar (Bradley and Gamsu, 1994) e a Escala de Ansiedade e informação pré-operatória de Amesterdão (Moerman et al., 1996).

A incidência elevada e as consequências fisiológicas e psicológicas no contexto pré e pós-operatório apontam para a necessidade de uma intervenção que permita reduzir os níveis de ansiedade. Com este objectivo, vários tipos de intervenções aplicadas por profissionais de enfermagem têm sido desenvolvidos e apontados como relevantes para a melhoria dos resultados de saúde. Embora tenham sido desenvolvidas intervenções que promovam a redução da ansiedade através do relaxamento (massagens, reflexologia, aromaterapia, musicoterapia e hipnose) (Cooke et al., 2005), os modelos de intervenção baseados no fornecimento de informação têm sido os mais aplicados e têm-se afirmado como uma abordagem eficaz e adequada para reduzir a ocorrência de ansiedade, ajudar os pacientes a lidar com esta, reduzir o stress, diminuir a dor, promovendo uma recuperação melhor e mais rápida (Swindale, 1989).

Ajudar os pacientes a lidar com eventos stressantes é reconhecida como uma das competências mais importantes dos profissionais de enfermagem, apesar dos avanços tecnológicos na saúde e cirurgia moderna, e conseqüentemente o tempo limitado disponível, dificuldade de atenção individual e rotatividade, conduzem eventualmente os profissionais para uma prática de enfermagem mecanicista e concentrada numa abordagem biológica (Mitchell, 2010a; Mitchell, 2010b; Tse and So, 2008). Os profissionais de enfermagem estão vocacionados para a valorização dos aspectos psicossociais dos cuidados prestados aos pacientes, reconhecendo que os cuidados físicos não são necessariamente exigências centrais dos pacientes (Mitchell, 2000) e fomentando o desenvolvimento de uma relação essencial a um cuidar individualizado. Estas circunstâncias privilegiadas contribuem para a construção de uma relação de confiança facilitadora da comunicação, que permita a gestão da ansiedade através do fornecimento de informação numa perspectiva centrada no paciente (Mendes et al., 2005; Mitchell, 2010b)

Numerosos estudos têm ilustrado os efeitos positivos do fornecimento de informação pré-operatória, na redução dos níveis de ansiedade no período pós-operatório, no tempo de recuperação, nas complicações cirúrgicas e utilização de analgesia e na satisfação e adesão aos tratamentos (Callaghan et al., 1998; Johansson et al., 2005; Kruzik, 2009; Lin and Wang, 2005; Palmer, 2007; Shuldham, 2001; Stern and Lockwood, 2005; Walker, 2007). No entanto nem todos os estudos confirmaram o efeito positivo do fornecimento de informação pré-operatória (Callaghan et al., 1998; Johansson et al., 2005; Shuldham, 2001; Stern and Lockwood, 2005). Por outro lado, a revisão dos diversos programas educativos, que envolvem uma abordagem mais interactiva, revela diferenças quanto à quantidade, formato e momento de intervenção (Oshodi, 2007; Palmer, 2007).

Tse e So em 2008, salientam que a informação pré-operatória fornecida com maior frequência aborda detalhes da anestesia e cirurgia, preparação física pré-operatória e expectativas em relação ao pós-operatório, (Tse and So, 2008), embora outros autores incluam informação sobre o diagnóstico (Callaghan et al., 1998) ou sobre regras e condições de internamento (Mendes et al., 2005). A grande maioria dos pacientes, 82% de acordo com um estudo de Bunker em 1983 (Bunker, 1983), manifestaram desejo de saber mais acerca do procedimento cirúrgico e tempo de permanência no hospital, enquanto outros preferiam ser informados sobre a ocorrência habitual de dor, duração da anestesia, ou risco de comprometimento nas actividades de vida diária e menos sobre sedativos e complicações possíveis (Kiyohara et al., 2004). A obtenção de informação que responda a questões sobre sensação de controlo e independência foi igualmente valorizado pelos pacientes (Mitchell, 2008). No entanto, quando estas informações são fornecidas de forma padronizada, podem ser sentidas como sendo insuficientes, contraditórias e confusas (Scott, 2004; Swindale, 1989).

Habitualmente, na ausência de qualquer avaliação que permita objectivar as informações desejadas, a “informação é dependente daquilo que os enfermeiros consideram importante para os pacientes e não seleccionada com base no que os pacientes consideram importante para eles” (Mitchell, 2010a). Se alguns autores defendem que a informação detalhada pode aumentar a consciencialização perante a dor, tornando a abordagem menos eficaz (Scott, 2004), outros referem que informação geral pode ser desajustada às expectativas do paciente e torná-lo menos capaz e mais ansioso perante os desafios inerentes aos procedimentos/fases cirúrgicas (Callaghan et al., 1998). Pretende-se no entanto que a qualidade e quantidade da informação pré-

operatória responda às preocupações individuais, reforce os mecanismos de coping e promova a estabilidade emocional e fisiológica dos pacientes, contemplando as prioridades dos profissionais (Mendes et al., 2005; Scott, 2004). Em resumo, as informações para além de claras, compreensíveis, precisas e úteis devem ser adaptadas, com ênfase nas necessidades informativas e percepções de cada paciente e direccionando-se para a educação centrada no paciente (Johansson et al., 2005; Kruzik, 2009; Mitchell, 2010b; Swindale, 1989; Tromp et al., 2004)

O uso deste tipo de abordagens tem como chave a adaptação às necessidades do indivíduo, incorporando uma avaliação da ansiedade, dos factores desencadeantes e necessidades de informação (Kruzik, 2009; Pritchard, 2009a), e conduzindo o profissional a reiterar as informações, clarificar dúvidas, responder às emoções, fornecer suporte, orientar e ajudar a lidar com situações futuras (Johansson et al., 2005; Mitchell, 2000; Mitchell, 2010b; Palmer, 2007; Pritchard, 2009a). É através da comunicação terapêutica que o enfermeiro procura fomentar no paciente a saúde física e mental, ajudando-o a enfrentar a situação de forma mais positiva (Kruzik, 2009; Tromp et al., 2004).

Os vários métodos de educação/informação pré-operatória (panfletos, apresentações audiovisuais, sessões em grupo e individuais, educação estruturada e não estruturada, instrução individual, informação via internet) têm sido avaliados de acordo com os resultados obtidos (Stern and Lockwood, 2005; Walker, 2007; Wong et al., 2010). Numa revisão publicada em 2005 por Stern & Lockwood avaliando a eficácia do formato e o momento da sua entrega, foi demonstrado que os panfletos são mais benéficos quando fornecidos antes da admissão e ainda mais se forem combinados com instrução após o internamento, não sendo referidos os resultados quando aplicados a pacientes com baixa escolaridade (Stern and Lockwood, 2005). Outra revisão sobre a educação pré-operatória em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca (Shuldham, 2001), demonstrou um efeito reduzido na ansiedade pré-operatória dos panfletos, sessões de formação em grupo, entrevistas gerais e específicas, revelando apenas efeitos positivos significativos em relação ao nível de bem-estar e de conhecimento. Também nenhuma conclusão foi alcançada sobre quando fornecer a educação pré-operatória, embora se defenda que os pacientes se encontram menos ansiosos antes da admissão sendo esse o momento ideal para fornecer essa informação (Oshodi, 2007; Shuldham, 2001).

Abordagens individualizadas centradas no paciente que permitam uma comunicação terapêutica e a inclusão formal de questões psicossociais, têm demonstrado maior

utilidade e eficácia na abordagem da ansiedade operatória (Johansson et al., 2005; Mitchell, 2010a; Mitchell, 2010b; Palmer, 2007; Scott, 2004). Em conclusão, apesar de todos os benefícios demonstrados pela aplicação de programas educativos pré-operatórios tem sido difícil desenvolver e implementar um programa eficaz, aplicável em tempo útil (Johansson et al., 2005; Kruzik, 2009), e definir qual o formato e momento de entrega mais eficaz (Oshodi, 2007; Stern and Lockwood, 2005).

O presente trabalho tem como objectivo a apresentação de um programa de intervenção que visa a redução da ansiedade pré operatória em pacientes internados para cirurgia programada, a aplicar por profissionais de enfermagem. Procurou-se a realização de um programa exequível e capaz de dar resposta às necessidades, expectativas e exigências de cada paciente. O formato de entrevista individual baseada na abordagem centrada no paciente, permite ao profissional de enfermagem avaliar os factores desencadeantes de ansiedade e as necessidades formativas de cada paciente, de modo a fundamentar a respectiva intervenção. A intervenção contempla:

1. Identificação das possíveis causas e factores que influenciam em cada paciente a ocorrência de ansiedade pré operatória
2. Fornecimento de informação clara, precisa, concisa e personalizada, clarificadora das dúvidas e receios desencadeantes de ansiedade (Mitchell, 2008; Scott, 2004).
3. A construção de uma relação terapêutica entre o profissional de enfermagem e o paciente, que pode ser estabelecida num curto período de tempo e tem provado ser benéfica na melhoria das expectativas do paciente e eficaz no controlo da ansiedade (Mitchell, 2010b; Stewart et al., 2000).
4. O desenvolvimento de sentimentos de controlo, confiança e segurança e a redução dos pensamentos negativos (Mitchell, 2000; Mitchell, 2010a; Mitchell, 2010b; Oshodi, 2007), através da aplicação de diversas estratégias comunicacionais (mostrar atenção, *tracking* verbal e não verbal, pesquisa, exploração e resposta às emoções, informação individualizada e padronizada segundo o modelo *tell-ask-tell*, reconhecer e amplificar recursos do paciente) (Frankel and Stein, 2001).

Os módulos incluídos no plano da entrevista abordam a recepção do paciente, a elaboração do plano da entrevista, a pesquisa/avaliação da ansiedade do paciente, a resposta adequada a esta e outras emoções associadas, o fornecimento de informação personalizada e padronizada e o encerramento da entrevista (Frankel and Stein, 2001).

O momento de aplicação do programa, após a admissão e cerca de 18 a 26h antes da cirurgia, tem por base a evidência de que a admissão corresponde a um momento de intensificação da ansiedade e que à medida que a cirurgia se aproxima os níveis de ansiedade tendem ainda a aumentar (Alves et al., 2007; Mitchell, 2008; Oshodi, 2007; Wiens, 1998).

Descrição do Programa

1. Estrutura

O programa desenvolve-se numa sessão única individual com o formato de entrevista com 15 minutos de duração, aplicada individualmente por profissionais de enfermagem.

2. Procedimentos

A intervenção decorre após a admissão do paciente e no período anterior à cirurgia. Seguindo um modelo centrado no paciente (Stewart et al., 2000; Suchman et al., 1997), o programa contempla a preparação do contexto de modo a criar uma atmosfera facilitadora da relação entre o profissional de enfermagem e paciente; módulos de planeamento e recolha de informação, que permitirão identificar as preocupações e dúvidas geradoras de ansiedade para cada paciente; a atenção à linguagem verbal e não verbal que propicie a identificação, exploração e resposta às emoções, fomentando o estabelecimento de uma relação empática; fornecimento de informação personalizada (com base nos dados recolhidos) e padronizada; reforço de sentimentos de controlo, segurança e confiança.

Os módulos contemplam a recepção do paciente e apresentação do profissional, elaboração do plano da entrevista, abordagem da ansiedade relacionada com a cirurgia de modo a permitir identificar níveis de ansiedade e factores desencadeantes, resposta adequada a esta e outras emoções associadas, fornecimento de informação personalizada e padronizada e encerramento da entrevista.

O método de entrega proposto é exclusivamente verbal, com recurso a diversas estratégias comunicacionais (mostrar atenção, *tracking* verbal e não verbal, pesquisa, exploração e resposta às emoções, informação individualizada e padronizada segundo o modelo *tell-ask-tell*, reconhecimento e amplificação dos recursos do paciente, etc.) (Hojat et al., 2002; Levinson et al., 1997; Suchman et al., 1997).

Profissionais de enfermagem com experiência na área cirúrgica e sem formação específica em competências de comunicação clínica serão submetidos a um treino para a implementação do programa, levado a cabo em 3 sessões com a duração de cerca de 1h cada. Numa primeira fase receberão formação sobre as diversas estratégias comunicacionais a utilizar, fornecida por um dos autores do programa (SG) com pós-graduação na área de Comunicação Clínica. Após a fase de treino teórico, os profissionais colocam em prática o programa num grupo experimental de 10 pacientes, em entrevistas gravadas e discutidas de modo a possibilitar a aferição e treino prático nos procedimentos de aplicação do programa.

No Anexo 1 apresentamos em detalhe alguns dos módulos.

Conclusões

A ansiedade pré-operatória é um fenómeno frequentemente associado ao acto cirúrgico em pacientes com cirurgia programada (Cooke et al., 2005; Palmer, 2007; Pritchard, 2009a; Scott, 2004; Vaughn et al., 2007), com consequências fisiológicas e psicológicas diversas:

- Aumento de tensão, apreensão, nervosismo e agressividade e conseqüentemente menor capacidade de compreensão e cooperação com o tratamento (Pritchard, 2009a; Pritchard, 2009b);
- Menor nível de satisfação dos pacientes com os cuidados prestados (Caumo et al., 2001).
- Período de internamento mais longo (Berg et al., 2006; Vaughn et al., 2007; Wong et al., 2010);
- Aumento da dor pós-operatória e maior consumo de analgésicos (Berg et al., 2006; Lin and Wang, 2005; Vaughn et al., 2007; Wiens, 1998; Wong et al., 2010);
- Aumento das complicações pós cirúrgicas - resposta imunitária menos eficiente com consequências na cicatrização das feridas operatórias, hipertensão, sensibilidade ao cheiro e toque, náuseas e vômitos (Cooke et al., 2005; Palmer, 2007; Pritchard, 2009a);

Dado que a educação pré-operatória do paciente tem sido apontada como uma alternativa eficaz (Johansson et al., 2005; Kruzik, 2009), o presente programa pretende dar resposta à necessidade de intervenções estruturadas com o objectivo de reduzir a ansiedade desencadeada por eventos stressantes relacionados com a cirurgia. Tendo como pressupostos ser personalizado e centrado no paciente, pretende responder às necessidades individuais informativas, estratégia que se tem mostrado eficaz na redução da ansiedade pré-operatória (Kruzik, 2009; Mitchell, 2000; Mitchell, 2010b; Palmer, 2007; Scott, 2004).

A duração breve do programa tem como objectivo facilitar a sua aplicação em contextos em que a disponibilidade dos profissionais de enfermagem é reduzida, tornando-o replicável e utilizável em diferentes contextos cirúrgicos e institucionais.

Este programa propõe-se ainda promover uma comunicação clínica eficaz (facilitadora do fornecimento de informação) e fornecer suporte emocional no contexto de uma relação empática, reconhecidamente eficaz na redução da ansiedade (Frankel and Stein,

2001; Kruzik, 2009; Levinson et al., 1997; Tromp et al., 2004). Pretende-se o envolvimento do paciente nos procedimentos pré cirúrgicos, contribuir para a sua saúde física e mental e reduzir a ocorrência de complicações físicas e psicológicas da cirurgia, promovendo uma atitude mais positiva, informada e de maior colaboração e satisfação, (Kruzik, 2009; Stewart et al., 2000; Tromp et al., 2004).

Propomo-nos em trabalhos futuros avaliar o impacto deste programa nos níveis de ansiedade observados no pré e pós-operatório e nas consequências fisiológicas e psicológicas dessa mesma ansiedade, nomeadamente tempo de internamento, dor e analgesia, satisfação do paciente e colaboração com regimes de tratamento (Johansson et al., 2005; Stern and Lockwood, 2005).

Referências Bibliográficas

- Alves M.L., Pimentel A.J., Guaratini A.A., Marcolino J.A., Gozzani J.L., Mathias L.A. (2007) [Preoperative anxiety in surgeries of the breast: a comparative study between patients with suspected breast cancer and that undergoing cosmetic surgery.]. *Rev Bras Anesthesiol* 57:147-56.
- Badner N.H., Nielson W.R., Munk S., Kwiatkowska C., Gelb A.W. (1990) Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth* 37:444-7.
- Barbosa V.C., Radomile M.E. (2006) Ansiedade Pré-Operatória no Hospital Geral. *Rev. Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. Belo Horizonte 2:45-50.
- Beck A.T. (1988) An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric proprieties. *Journal of Consultation an Clinical Psychology* 56:893-897.
- Berg A., Fleischer S., Koller M., Neubert T.R. (2006) Preoperative information for ICU patients to reduce anxiety during and after the ICU-stay: protocol of a randomized controlled trial [NCT00151554]. *BMC Nurs* 5:1-22.
- Bradley C., Gamsu D.S. (1994) Guidelines for encouraging psychological well-being: report of a Working Group of the World Health Organization Regional Office for Europe and International Diabetes Federation European Region St Vincent Declaration Action Programme for Diabetes. *Diabet Med* 11:510-6.
- Bunker T.D. (1983) An information leaflet for surgical patients. *Ann R Coll Surg Engl* 65:242-3.
- Callaghan P., Cheung Y.L., Yao K.Y., Chan S.L. (1998) Evidence-based care of Chinese men having transurethral resection of the prostate (TURP). *J Adv Nurs* 28:576-83.
- Caumo W., Schmidt A.P., Schneider C.N., Bergmann J., Iwamoto C.W., Bandeira D., Ferreira M.B. (2001) Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand* 45:298-307.
- Cochran T.M. (1984) Psychological preparation of patients for surgical procedures. *Patient Educ Couns* 5:153-8.
- Cooke M., Chaboyer W., Schluter P., Hiratos M. (2005) The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *J Adv Nurs* 52:47-55.
- Frankel R.M., Stein T. (2001) Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *J Med Pract Manage* 16:184-91.
- Hamilton M. (1959) The assesment of anxiety state by rating. *British Journal of Medical Psychology* 32:50-55.
- Hojat M., Gonnella J.S., Nasca T.J., Mangione S., Vergare M., Magee M. (2002) Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 159:1563-9.
- Johansson K., Nuutila L., Virtanen H., Katajisto J., Salanterä S. (2005) Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *J Adv Nurs* 50:212-23.
- Kiyohara L.Y., Kayano L.K., Oliveira L.M., Yamamoto M.U., Inagaki M.M., Ogawa N.Y., Gonzales P.E., Mandelbaum R., Okubo S.T., Watanuki T., Vieira J.E. (2004) Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 59:51-6.
- Kruzik N. (2009) Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN J* 90:381-7.
- Levinson W., Roter D.L., Mullooly J.P., Dull V.T., Frankel R.M. (1997) Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 277:553-9.
- Lin L.Y., Wang R.H. (2005) Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *J Adv Nurs* 51:252-60.

- Mendes A.C., Silva A., Nunes D., Fonseca G. (2005) Influencia de um programa psico-educativo no pré-operatório nos níveis de ansiedade do doente no pós-operatório. *Revista Referência* 11:9-14.
- Mitchell M. (2000) Nursing intervention for pre-operative anxiety. *Nurs Stand* 14:40-3.
- Mitchell M. (2008) Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. *J Adv Nurs* 64:261-71.
- Mitchell M. (2010a) General anaesthesia and day-case patient anxiety. *J Adv Nurs* 66:1059-71.
- Mitchell M. (2010b) A patient-centred approach to day surgery nursing. *Nurs Stand* 24:40-6.
- Moerman N., Van Dam F.S., Muller M.J., Oosting H. (1996) The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg* 82:445-51.
- Oshodi T.O. (2007) The impact of preoperative education on postoperative pain. Part 1. *Br J Nurs* 16:706-10.
- Palmer J.A. (2007) Decreasing anxiety through patient education. *Plast Surg Nurs* 27:215-20.
- Pritchard M.J. (2009a) Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. *Nurs Stand* 23:35-40.
- Pritchard M.J. (2009b) Managing anxiety in the elective surgical patient. *Br J Nurs* 18:416-9.
- Scott A. (2004) Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care* 9:72-9.
- Shuldham C.M. (2001) Pre-operative education for the patient having coronary artery bypass surgery. *Patient Educ Couns* 43:129-37.
- Souza A., Souza Z., Fenili R. (2005) Orientação Pré-Operatória ao Cliente - Uma Medida Preventiva aos Estressores do Processo Cirúrgico. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 7:215 - 220.
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory* Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- Stern C.B., Lockwood C.R.B. (2005) Knowledge retention from preoperative patient information - systematic review. *Int J Evid Based Healthc*:45-63.
- Stewart M., Brown J., Donner A., Weston W., Jordan J. (2000) The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *The Journal of Family Practice* 4:796 - 804.
- Suchman A.L., Markakis K., Beckman H.B., Frankel R. (1997) A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 277:678-82.
- Swindale J.E. (1989) The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery. *J Adv Nurs* 14:899-905.
- Tromp F., Dulmen S., Weert J. (2004) Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *J Adv Nurs* 47:212-22.
- Tse K.-y., So W.K.-w. (2008) Nurses' perceptions of preoperative teaching for ambulatory surgical patients. *J Adv Nurs* 63:619-25.
- Vaughn F., Wichowski H., BOSWORTH G. (2007) Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN J* 85:589-604.
- Walker J.A. (2007) What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *Br J Nurs* 16:27-32.
- Wetsch W.A., Pircher I., Lederer W., Kinzl J.F., Traweger C., Heinz-Erian P., Benzer A. (2009) Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *Br J Anaesth* 103:199-205.
- Wiens A.G. (1998) Preoperative anxiety in women. *AORN J* 68:74-7, 79-81, 83-8.
- Wong E.M.-L., Chan S.W.-C., Chair S.-Y. (2010) Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *J Adv Nurs* 66:1120-31.

Anexo 1 - Módulos do Programa Educativo

MÓDULOS/COMPONENTES	OBJECTIVOS	Estratégias/Exemplos práticos
Preparar o contexto	Obter privacidade, evitar e prevenir interrupções	Fechar a porta; Cadeiras a 45º sem secretária, paciente com visão para a porta.
Iniciar a entrevista	Receber o paciente à porta Apresentar-se Enfatizar confidencialidade	Tratar pelo nome Cumprimentar com um aperto de mão Convidar o paciente a sentar Apresentar-se dizendo qual o seu papel na equipa.
Definir o plano da entrevista	Explicitar os objectivos do programa Pedir ao doente para enunciar as suas preocupações	<i>“Esta entrevista pretender avaliar o que esta operação significa para si e quais os receios que sente em relação a ela. Estamos aqui para prestar as informações que necessitar, e para o(a) ajudar a sentir-se mais tranquilo”</i> <i>“Quais as suas preocupações neste momento?”</i>
Entrevista (modelo centrado no paciente)	Iniciar com uma pergunta aberta, para cada preocupação enunciada Ouvir atentamente (comportamento verbal e não verbal) Não interromper a	<i>“Disse-me que ficar longe da sua família lhe é muito difícil. Pode falar-me um pouco mais acerca dessa dificuldade?”</i> Contacto visual Postura corporal (Tronco ligeiramente inclinado para a frente) Qualidades vocais (Tom e volume baixos/

	narrativa do paciente.	calma e devagar) <i>Tracking</i> verbal (Seguir os tópicos do paciente)
1. Explorar factores desencadeantes de ansiedade	<p>Identificar na narrativa do paciente factores individuais desencadeantes de preocupação/ansiedade.</p> <p>Pesquisar impacto, interpretações e causas atribuídas pelo doente</p> <p>Resumir e clarificar</p> <p>Pesquisar, perguntando directamente sobre outras fontes possíveis de ansiedade</p>	<p><i>“Pelo que percebi, o que vai acontecer na operação preocupa-o, é isso”</i></p> <p><i>“Em que medida é que esta preocupação o tem afectado?”</i></p> <p><i>Falou-me então do receio em ficar muitos dias internado, da dúvida sobre o que vai acontecer na sala de operações e da anestesia, estou certa?</i></p> <p><i>“Habitualmente as pessoas referem como outras preocupações...as dores depois da operação, quando se podem levantar, quando podem comer e o quê...?”</i></p> <p><i>“Há mais alguma coisa que o preocupe?”</i></p>
2. Explorar e dar resposta às emoções identificadas	<p>Identificar as emoções</p> <p>Reflectir</p> <p>Validar</p> <p>Fornecer suporte</p> <p>Estabelecer aliança</p> <p>Demonstrar respeito</p>	<p><i>“Quando fala da cirurgia parece-me desanimado...Pode dizer-me o que está a perturbar?”</i></p> <p><i>“E natural que estar longe dos seus filhos e da sua casa seja muito difícil!”</i></p> <p><i>“Vão ser uns dias de sacrificio para si!”</i></p> <p><i>“Estou aqui para que</i></p>

		<p><i>em conjunto possamos fazer com que se sinta melhor e ajudar a ultrapassar este período!”</i></p> <p><i>“Vejo que gosta muito da sua família e de estar perto deles”</i></p>
3. Construir uma relação empática	<p>Mostrar atenção</p> <p>Fornecer suporte emocional</p> <p>Relação de partilha</p> <p>Reconhecer e amplificar os recursos do paciente</p>	<p>Contacto ocular, encorajamentos verbais e não verbais (hum, hum), expressão facial, postura aberta e silêncio atento.</p> <p>Compreender a emoção do ponto de vista do paciente e verbalizá-la.</p> <p>Encorajar a participação activa do paciente “O que acha de ...?”</p> <p>“É o Sr. que pode alertar-nos quando começa a sentir dor, e assim tomar a medicação logo que necessário...”</p>
Informar / Educar		
1-Identificar necessidades informativas do paciente	<p>Perceber quais as dúvidas do paciente em relação aos assuntos mencionados, o que já sabe ou deseja saber.</p> <p>Partir do que o paciente já sabe, dar pequenas quantidades de informação e confirmar se foi compreendida</p>	<p>Perguntas abertas e fechadas</p> <p><i>“Acha importante ter mais informação em relação a este assunto?”</i></p> <p><i>“Em relação ao tempo de recuperação o que já sabe?”</i></p>

	(<i>tellask-tell</i>)	<p><i>"Tem alguma dúvida?"</i></p> <p><i>"Posso dar mais alguma informação?"</i></p>
2 - Fornecer Informação individualizada	<p>Fornecer informação específica de modo a dar resposta às dúvidas/preocupações de cada paciente</p> <p>Informações claras, precisas e adaptadas ao paciente. Pequena quantidade de informação</p> <p>Atenção para a terminologia e linguagem utilizada.</p> <p>Resumir e clarificar</p>	<p>Diagnóstico e prognóstico</p> <p>Procedimento cirúrgico</p> <p>Internamento</p> <p>Dia da cirurgia</p> <p>Recuperação</p> <p>Alta</p> <p>(utilizar nos conteúdos informativos detalhes correspondentes a cada item)</p> <p><i>"Tem alguma dúvida?"... "Fiz-me entender"..."Fui clara"..."Há algum ponto que gostaria que repetisse..."</i></p>
3 - Fornecer Informação Padronizada	<p>Fornecer informação geral comum a todos os procedimentos cirúrgicos</p> <p>Resumir e clarificar</p>	<p>Normas gerais de internamento</p> <p>Preparação pré-operatória</p> <p><i>"... Parece-me que também é importante dar-lhe algumas informações comuns a todos os doentes que vão ser submetidos a uma cirurgia e outras informações que o podem ajudar no período após a cirurgia."</i></p> <p>(utilizar os conteúdos informativos correspondentes a cada item)</p>
Encerrar a entrevista	<p>Informar que as informações fornecidas podem ser complementadas ao</p>	<p><i>"Espero que esta conversa o ajude neste período, que as informações tenham</i></p>

	<p>longo do internamento.</p> <p>Reforçar o que vai acontecer nas horas seguintes.</p> <p>Verificar se compreendeu e se existem dúvidas.</p> <p>Demonstrar disponibilidade por parte da equipa ao longo do internamento.</p>	<p><i>sido úteis.</i></p> <p><i>“Vou apenas repetir aquilo que vai ser feito nestas horas que se seguem: tricotomia, preparação intestinal, dieta líquida ao jantar e jejum a partir da meia-noite.”</i></p> <p><i>“Reforço a ideia que ao longo do internamento terá sempre alguém que poderá ajuda-lo naquilo que precisa.”</i></p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O artigo **“A Ansiedade pré-operatória - Desenvolvimento de programa educativo”** depois de revisto foi aceite para publicação na Revista “Psiquiatria Clínica”.

Preoperative Anxiety – Effectiveness of a nursing educational intervention

Sílvia Gonçalves RN¹ & Margarida Figueiredo-Braga MD PhD²

¹Registered Nurse - Urology Service of Coimbra Hospital Centre (CHC, EPE); MSc candidate in Medical Psychology, Department of Clinical Neurosciences and Mental Health Faculty of Medicine, University of Porto.

² Assistant Professor - Medical Psychology, Department of Clinical Neurosciences and Mental Health, Faculty of Medicine, University of Porto, Al. Prof. Hernâni Monteiro 4200-319 Porto

Acknowledgements- The authors would like to acknowledge the Urology Service of Coimbra Hospital Centre for data collection. We are grateful to Catia Rodrigues, Liane Forte and Marta Dias for their contribution in the application of the programme. We acknowledge Ernesto Paulo for his advisorship in the statistical analysis.

Correspondence to M. Figueiredo-Braga: e-mail: mmfb@med.up.pt

Abstract

Aims: This paper reports the effect of a nursing educational intervention on preoperative anxiety in a population of elective surgical patients.

Background:

A considerable number of patients experience anxiety prior to elective surgery. Patient education programmes are recognized interventions in reducing preoperative anxiety.

Methods:

One hundred consecutive patients were included in the present study. Participants were randomly allocated to an intervention (n=34), and to two controls groups: control group A (n=33) received standard information on surgical procedures, and control group B (n=33) submitted to routine procedures. Pre and post intervention anxiety was assessed using State-Trait Anxiety Inventory (form Y).

Results:

In admission, anxiety levels detected were similar in all the subgroups (49.4 SD10.3). The reassessment after the intervention revealed a statistically significant lower level of anxiety in the experimental group (51.7 compared to 37.8, $p < 0.05$). In control group A anxiety presented similar levels at reassessment and in control group B a statistically significantly increased level of anxiety was observed in the second evaluation (49.1 compared to 50.7, $p < 0.005$).

Conclusions:

A nursing educational intervention revealed to be effective in reducing preoperative anxiety evaluated at admission and before surgical procedures. The patient -centred approach used may be easily applied by nursing professionals allowing the information and respond to emotions in preoperative states.

Summary Statement

What is already known about the topic

- Patients who undergo surgery often complain of preoperative anxiety
- Information provision has been confirmed as an efficient and adequate approach to reduce preoperative anxiety
- Information ideally matches the individual's needs and doubts entangled in emotional support and an emphatic relationship,

What this paper adds

- An educational programme was designed for application by nursing professionals in patients at preoperative stage in elective surgery
- Reduced levels of Anxiety were detected in patients submitted to the programme when compared to patients either uniquely receiving standard information, or having routine nursing hospital care.

Implications for practice

- The present intervention proved to be useful in reducing anxiety levels in preoperative stages.
- The design – brief duration and easy training of the intervention, underscores the possibility of extending effective and appropriate approaches to reduce preoperative anxiety in diverse surgical contexts.
- The educational intervention could be included in routine nursing care.

3. Keywords: preoperative anxiety, educational intervention, patient-centred approach, nursing, surgery.

Introduction

Preoperative anxiety is common among patients awaiting surgical intervention. This phenomenon, affecting both preoperative and postoperative contexts, is related to multiple causes and factors and determines consequences (Wiens 1998, Caumo et al. 2001, Cooke et al. 2005, Johansson et al 2005, Palmer 2007, Vaughn et al. 2007, Walker 2007, Pritchard 2009a) such as the reduction of patient satisfaction levels, lower compliance with treatment, increased length of hospitalization, postoperative pain, number and severity of post-operative complications, among others (Lin & Wang 2005, Berg et al 2006).

Its high incidence, close to 80 per cent, and its effects on the patients' physical and mental health (Caumo et al 2001, Pritchard 2009b, Mitchell 2010a) point towards the benefit of developing and implementing effective interventions aimed to reduce anxiety levels during the preoperative stages. Among several types and formats of the described interventions, the informational/educational models appear to benefit consensus in regards to their efficiency and applicability by nursing professionals (Mitchell 2000, Lin & Wang 2005, Stern & Lockwood 2005, Kruzik 2009, Mitchell 2010b).

Several studies have shown the positive relationship between the reduction of preoperative anxiety and length of hospitalization, analgesic medication, pain and discomfort levels, postoperative wound healing and recovery, as well as with several psychological adjustment indexes (Johnston 1986, Broabdent et al 2003, Carr et al 2005). The reduction of anxiety levels is associated to an increasingly active patient participation in their health process, which promotes a more positive attitude, greater cooperation and satisfaction (Callaghan et al 1998, Shuldham 2001, Johansson et al 2005, Lin & Wang 2005, Stern & Lockwood 2005, Palmer 2007, Kruzik 2009).

Background

Anxiety levels are commonly higher in patients during the preoperative stage of an approaching surgical procedure (Palmer 2007). A variety of factors have been related to preoperative anxiety, including patient's psychosocial characteristics, medical and surgical context variables.

Despite several technical innovations and an increase in the quality and safety of surgical interventions, surgery still presents itself as a disturbing moment, accompanied by anxieties, doubts and fears (Souza et al 2005). Physical and psychological stressful life events (Caumo et al 2001, Johanson et al 2005, Pritchard 2009b, Wetsch et al 2009) initiating when the surgical procedure is scheduled and intensifying during hospital admission (Mitchell 2000, Pritchard 2009a), may trigger preoperative anxiety, even among not predisposed patients.

Some of the most commonly referred causes of preoperative anxiety are the fear of the unknown, general anaesthetic, perceived surgical risk, loss of control, pain and discomfort, surgery recovery and its consequences (Badner et al 1990, Mitchell 2000, Caumo et al 2001, Scott 2004, Alves et al 2007, Mitchell 2008, Pritchard 2009a, Pritchard 2009b, Mitchell 2010). Nevertheless, anxiety levels experienced before a surgical intervention depend on patients individual factors (age, gender, personality, previous experiences, coping mechanisms, self-esteem, emotional reactions, psychiatric history) medical factors (medical history, presence of pain) and surgical factors (type and extension of surgery) (Swindale 1989, Caumo et al 2001, Alves et al 2007, Pritchard 2009a, Pritchard 2009b). On one hand, the physical and psychological manifestations of preoperative anxiety are the result of the activation of the nervous and endocrine systems (high blood pressure, heart rate, temperature, sudoresis) hyper sensibility to touch and smell, increase in the risk of infection, slow healing and electrolytic imbalance (Scott 2004, Pritchard 2009a, Pritchard 2009b, Wetsch et al 2009). Increased in postoperative pain, number and severity of postoperative complications and hospitalization length have also been described as effects of preoperative anxiety (Wiens 1998, Cooke et al 2005, Lin & Wang 2005, Berg et al 2006, Palmer 2007, Vaughn et al 2007). On the other hand, apprehension, tension, nervousness and aggressiveness which make the patient's adaptation and response to analgesics and anaesthetics difficult, also affect the relationship with health professionals as well as levels of satisfaction with the health care provided (Pritchard 2009a, Pritchard 2009b).

The incidence, physical and psychological consequences of preoperative anxiety and their impact on preoperative and postoperative contexts point to the need of an intervention enabling the reduction of anxiety levels. To that end, several types of interventions performed by nursing professionals have been developed and reported as relevant to the improvement of health outcomes. Programs contemplating the provision of information (educational profile programs) to patients have been recognized as an effective and suitable approach towards the reduction of anxiety, helping patients deal with stress, relieving pain and promoting a faster and effective recovery and a more positive attitude (Swindale 1989). Despite the limited available time and the difficulty of providing individual care to patients due to nursing staff rotation, helping patients deal with stressful events is one of the most important nursing skills (Tse & So 2008, Mitchell 2010a, Mitchell 2010b). Nursing professionals are disposed to the appreciation of psychosocial aspects and to the building of a trusting relationship facilitating communication. This relationship facilitates the management of anxiety through the provision of information from a patient-centred perspective (Mendes et al 2005, Mitchell 2010b). Numerous studies have shown the positive effects of preoperative information programs, delivered by nursing professionals, on the reduction of anxiety levels (Callaghan et al 1998, Shuldham 2001, Stern & Lockwood 2005, Lin & Wang 2005, Palmer 2007, Walker 2007, Kruzik 2009).

Several educational programs involving a more interactive approach have been described in medical literature, with different lengths, formats and moment of application (Palmer 2007, Oshodi 2007). Educational programs should include anxiety evaluation, anxiety triggering factors identification and tailored information. The information should be clear, intelligible, accurate and useful, focusing on each patient's perceptions and information needs, (Swindale 1989, Tromp et al 2004, Johansson et al 2005, Mitchell 2010b).

This type of approach also makes it possible to clarify doubts, respond to emotions, offer support and guidance and help patients deal with future situations (Mitchell 2000, Johansson et al 2005, Palmer 2007, Pritchard 2009a, Mitchell 2010b). Several preoperative education methods (leaflets, audio-visual presentations, group and individual sessions, structured and non-structured education, individual instruction and internet information) have yielded similar results (Stern & Lockwood 2005, Walker 2007, Wong et al 2010), electing the period before hospitalization as the most appropriate one for the application of these methods (Shultham 2001, Oshodi 2007).

Despite the benefits shown by preoperative educational programs, it has been difficult to develop and implement effective programs which can be applied in a timely manner (Johansson et al 2005, Kruzik 2009), and to define their most effective format and moment of application (Stern & Lockwood 2005, Oshodi 2007). Patient centred individualized approaches allowing therapeutic communication and the formal inclusion of psychosocial questions have proved useful in the approach to preoperative anxiety (Scott 2004, Johansson 2005, Mitchell 2010a, Mitchell 2010b).

This study describes the results of a nursing educational intervention program applied by nursing professionals and designed to reduce preoperative anxiety levels among hospitalized patients awaiting elective surgery. The individual interview format based on a patient-centred approach allows nursing professionals to assess the anxiety triggering factors, as well as the patient's individual information needs, in order to support the corresponding intervention.

The study

Aims

This study describes the results of the application of a nursing educational intervention program designed to reduce preoperative anxiety levels among hospitalized patients awaiting elective surgery to be performed by nursing professionals.

Design

This study has an experimental design with the form of a randomized clinical trial. One group of patients subjected to the application of the program (the experimental group)

was randomly selected out of a population of patients awaiting elective surgery on a Central Hospital. Two control groups were also randomly selected out of the same population. One of them (Control Group A) received general standardized information from a member of the nursing staff and for the same period of time (15 minutes) of the educational program. The other group (Control Group B) was subjected only to the service's routine procedure.

Participants

Patients of both sexes awaiting elective surgery in the Urology Service (with a maximum waiting time for surgery of 9 months) were included in the study. All participants were over 18 years old and patients suffering from major neuropsychiatric pathologies and/or severe sensory limitations which made verbal communication impossible were excluded from the study.

Participant selection was consecutively performed between January and May 2011. Patients received study information and gave their written informed consent. Thirty four patients formed the experimental group, and both Control Group A and Control Group B included 33 patients, in a total of 100 patients.

Intervention

The experimental group was submitted to a 15 minute educational program previously developed with the goal of reducing preoperative anxiety and based on the assumption that information provision and understanding of the surgical procedures and resulting reduction of uncertainty levels promote a decrease in anxiety levels in preoperative contexts. The individual interview followed a patient-centred approach using communicational skills in order to allow the identification and assessment of the triggering and predisposing factors of preoperative anxiety. Subsequently, personalized and standardized information was provided and emotion response strategies, support strategies and patient resource amplification strategies were identified and implemented. The educational program was applied by nursing professionals trained to this effect.

Control Group A received standardized information on general hospitalization norms and a description of the surgical preparation procedures for the same period of time (15 minutes), (tricotomy, diet and surgical plan), not covering patients' doubts or questions, postponed to a future contact with the nursing staff. Control Group B was subjected to the service's routines and practices and did not undergo any type of intervention.

Data Collection

The program was applied 18 to 26 hours before surgery, after the patients had received information about the study, given their written informed consent and an instrumental evaluation of their anxiety levels had been performed. The participants of the experimental group were individually subjected to the application of the educational program by a member of the nursing staff. As previously stated, general standardized information was provided to Control Group A, whilst Control Group B was not subjected to any intervention. The evaluation and intervention were carried out by different nursing professionals blinded to patient randomization. Patient anxiety was later reassessed in all study participants. A detailed description of the data collection procedures is given in Figure 1.

Participants flow

A detailed description of the data collection procedures is given in Figure 1.

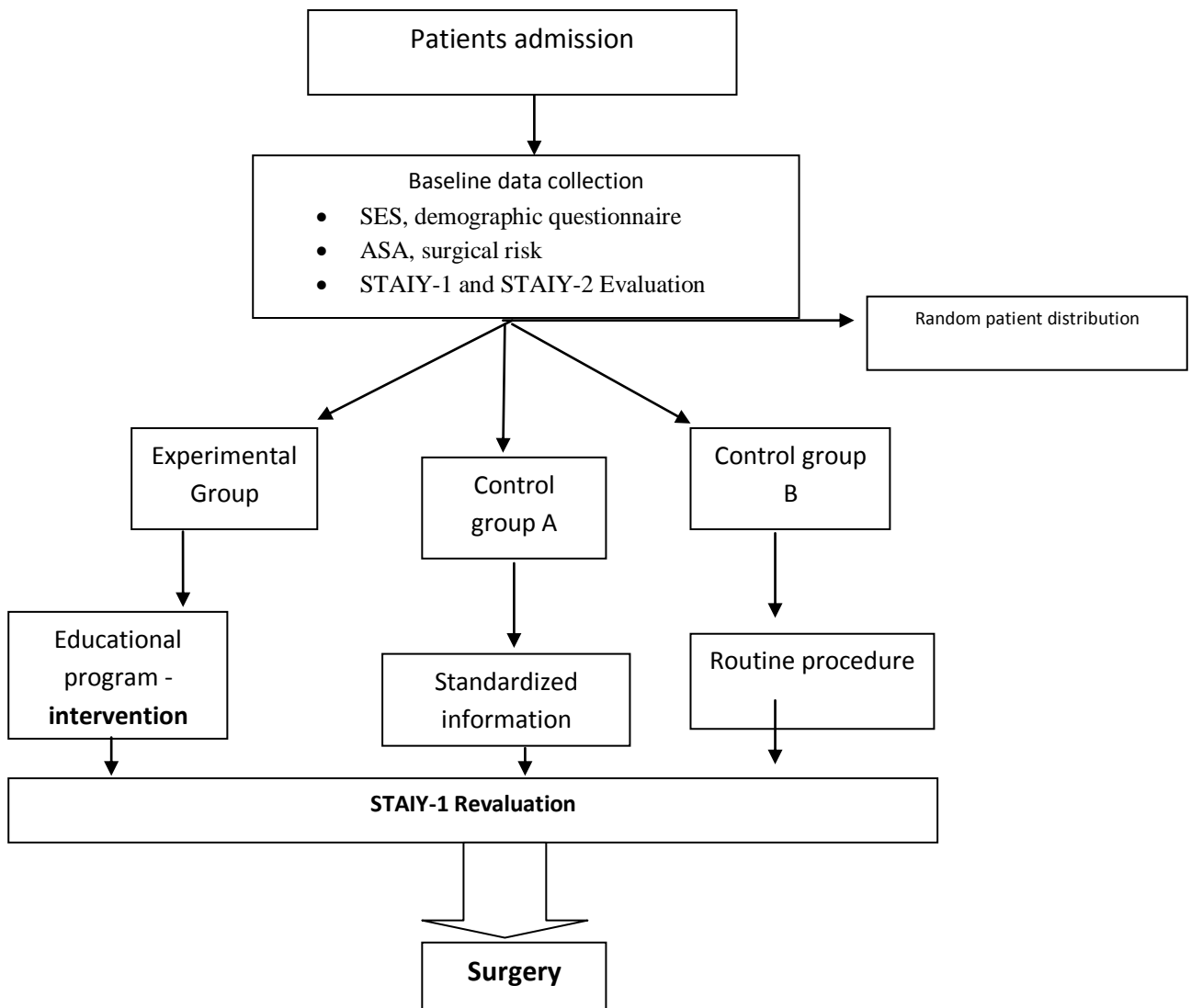


Figure 1 - Flow Diagram of the evaluation and data collection procedures

Validity and reliability

An original questionnaire was developed for the present study in order to offer a socio-demographic characterization of the studied population and establish the patients' medical and surgical histories and medication.

The Graffar Scale, developed by Marcel Graffar in 1956 (Graffar 1956) and adapted for the Portuguese population by Professor Fausto Amaro in 1990 (Amaro 1990) was used to assess socioeconomic status, based on four parameters: profession, educational level, income origin of the household member earning the highest income and type of habitation. Five degrees correspond to each one of these parameters and the total score (corresponding to the total sum of the recorded degrees) can be used to determine the family's socioeconomic status.

The ASA (American Society of Anaesthesiologists) criteria were used to assess patient's physical status (Davenport et al 2006). These criteria follow an algorithm in surgical risk assessment and include the nature of the preoperative condition and of the surgical procedure as their two main components. A surgery can be classified as minor, mild or major taking into account the classification of surgical procedures based on their degree of complexity according to the following criteria: possible blood loss and need for blood transfusion, invasiveness, and needed degree of monitoring, pain and length of hospitalization. This systematic evaluation is carried out by a specialized doctor and/or anaesthetist.

The State / Trait Anxiety - STAI - form Y Questionnaire was used to measure anxiety; it comprises 40 items (the first 20 corresponding to state anxiety evaluation (STAI Y 1) and the last 20 to trait anxiety (STAI Y 2)). This self-administered questionnaire developed by Spielberg and his partners in 1979 (Spielberger et al 1983) was translated and adapted for the Portuguese population by Silva in 2003 (Gonçalves et al 2006). Its validity and reliability have been well established and it is considered useful to the assessment of preoperative anxiety (Caumo et al 2001, Vaughn et al 2007), as to uncertainty, fear of surgery, physical disability, dissatisfaction with the health care provided and feelings of apprehension, nervousness and boredom (Cooke et al 2005, Gonçalves et al 2006, Fioravanti 2006, Palmer 2007).

Ethical considerations

This study was submitted to the Evaluation Committee for Academic Works and to the Ethical Committee of the Coimbra Hospital Centre. Participants were informed of the study's goals, methods, expected benefits and occasional discomfort and gave their written informed consent. The **confidentiality and privacy** of the collected data were guaranteed during both the data collection and analysis stages.

Data analysis

The collected data were subjected to a descriptive and comparative statistical analysis using the PASW Statistics 18.0 software (Predictive Analytics Software). A descriptive analysis of the variables was carried out and the means, standard deviation and frequencies were calculated. The ANOVA and Chi-Square tests were used to assess statistically significant differences between the groups and the t-test for paired samples for the comparison of anxiety levels (STAIY values) for each group. The p value ≤ 0.05 was used to determine statistically significant differences for all the conducted analyses.

Results

Socio demographic characterization of the study's participants (Table 1)

The studied population included a total of 100 patients hospitalized in a Central Hospital awaiting elective surgery including inpatient hospitalization. An analysis of the study's total population reveals that 77 per cent of the participants were male and 33 per cent female, all of them aged between 22 and 90 years old, corresponding to an average age of 65.8 years. Most of the participants (56 per cent) attended primary education, corresponding to an average length of 5.4 years of attend education and to a socioeconomic status situated between the low class (41 per cent) and the low middle class (45 per cent). No statistically significant differences were observed between the groups' socio demographic characterization detailed in Table 1.

Table 1 – Socio demographic characterization of participants by treatment group

	Total participants n =100	Experimental group n = 34	Control group A n =33	Control group B n = 33	P
Sex¹					0.076 ³
Male	77 (77%)	22 (64.7%)	29 (87.9%)	26 (78.8%)	
Female	23 (23%)	12 (35.3%)	4 (12.1%)	7 (21.2%)	
Age (years)² (Min -Max)	65.8 (13.7) (22-90)	63.6 (15.3) (22-83)	68.5 (12.9) (33-90)	65.3 (12.8) (37-90)	0.342 ⁴
Education (years)² (Min – Max)	5.4 (13,7) (0-17)	6.1 (4.9) (0-17)	4.4 (2.7) (0-10)	5.6 (5.0) (0-16)	0.236 ⁴

Education (degree)¹					0.164 ³
Higher education	6 (6%)	2 (5.9%)	0	4 (12.1%)	
Bachelor/technical course	5 (5%)	1 (2.9%)	2 (6.1%)	2 (6.1%)	
9 or more years	7 (7%)	5 (14.7%)	1 (3%)	1 (3%)	
4 to 9 years	56 (56%)	18 (52.9)	23 (69.7%)	15 (45.5%)	
Less for than 4 years	26 (26%)	8 (23.5%)	7 (21.2%)	11 (33.3%)	
Marital status¹					0.056 ³
Single	6 (6%)	4 (11.8%)	1 (3%)	1 (3%)	
Married	74 (74%)	23 (67.6%)	27 (81.8)	24 (72.7)	
Divorced	3 (3%)	1 (2.9%)	0	2 (6.1%)	
Widower	11 (11%)	1 (2.9%)	5 (15.2%)	5 (15.2%)	
Lives maritally	6 (6%)	5 (14.7%)	0	1 (3%)	
SES¹					0.334 ³
Classe 1	1	0	0	1 (3)	
Classe 2	8 (8%)	2 (5.9%)	1 (3%)	5 (15.2%)	
Classe 3	45 (45%)	17 (50%)	14 (42.4%)	14 (42.4%)	
Classe 4	41 (41%)	14 (41.2%)	17 (51.5%)	10 (30.3%)	
Classe 5	5 (5%)	1 (2.9%)	1 (3%)	3 (9.1%)	
SES (score)²	16.9 (2.8)	16.4 (4.9)	17.3 (2.7)	17.0 (3.5)	0.424 ⁴

¹n (%); ² Mean (standard deviation); ³ P-values were calculated from ANOVA test to different groups; ⁴ P-values were calculated from Chi Square tests to different groups; SES: Socioeconomic Status

Clinical characteristics of the study's participants (Table 2)

Medical and surgical patient histories (especially those related to psychiatric and oncological disease) were assessed. Most participants (83 per cent) had a medical history of previous conditions, 7 per cent of which oncological and 10 per cent psychiatric. Eighty per cent of patients had already been subjected to at least one

surgical procedure. With regards to medical and surgical histories, no significant differences were observed between the groups (Table 2).

Table 2 – Clinical characteristics of participants by study group

	Total participants n =100	Experimental group n = 34	Control group A n =33	Control group B n = 33	P
Medical history ¹	83 (83%)	30 (88.2%)	27 (81.8%)	26 (78.8%)	0.575 ²
Cancer history	7 (7%)	1 (2.9%)	3 (9.1%)	3 (9.1%)	0.521
Psychiatric history	10 (10%)	4 (11.8%)	1 (3%)	5 (15.2%)	0.238
Surgical history	80 (80%)	30 (88.2%)	24 (72.7%)	26 (78.8%)	0.278

¹ n (%); ² P-values were calculated from Chi Square

Surgical characteristics of the study's participants (Table 3)

Surgical characterization includes the patient's physical status, commonly referred to as surgical risk, as well as the type of surgery to which the patients would be subjected to. Regarding surgical risk, in the total sample most patients were distributed between classes ASA 2 and 3 - corresponding to mild and severe systemic disease, respectively. The experimental group was less uniformly distributed between all 4 classes than what was observed among the other groups, and this difference was statistically significant ($p = 0.010$). As to the type of surgery, 67 per cent of the patients awaited mild elective surgery, 21 per cent awaited minor elective surgery and 12 per cent awaited major elective surgery, and no significant differences were observed between groups (Table 3).

Table 3 – Surgical Characteristics of participants by study group

		Total participants n =100	Experimental group n = 34	Control group A n =33	Control group B n = 33	p
ASA status (physical status/ surgical risk) ¹	1	5 (5%)	3 (8.8%)	2 (6.1%)	0	0.010 ²
	2	64 (64%)	21 (61.8%)	15 (45.5%)	28 (84.8%)	
	3	28 (28)	8 (23.5%)	16 (48.5%)	4 (12.2%)	
	4	3 (3%)	2 (5.9%)	0	1 (3%)	
Type of surgery ¹	Major	12 (12%)	7 (20.6%)	7 (21.2%)	7 (21.2%)	0.703
	Média	67 (67%)	21 (61.8%)	24 (72.7%)	22 (66.7%)	
	minor	21 (21%)	6 (17.6%)	2 (6.1%)	4 (12.1%)	

¹ n (%); ² P-values were calculated from Chi Square

Pre-operative anxiety evaluation of the study's participants (Table 4)

Upon hospital admission (time 1) the participants' average anxiety level was 49.4 (SD 10.3). The pre-intervention state anxiety revealed similar scores among all studied groups ($p = 0.269$), corresponding to a mean score of 51.7 for the experimental group, 47.7 for the control group A and 49.1 for control group B. After the intervention (time 2) the results for the state anxiety average levels showed statistically significant differences between groups ($p < 0.00$) with a decrease in the experimental group anxiety levels from 51.7 to 37.8. Control group A scores were 47.7 (11.2) for time 1 and 46.9 (11.0) for time 2, whilst state anxiety scores for Control Group B increased from 49.1 to 50.7. Trait anxiety scores were highest for the experimental group ($p=0.014$) - 48 (11), whilst control group A and control group B scored 41.3 (9.6) and 42.8 (7.8) respectively (Table 4).

Table 4 – Trait and State anxiety evaluation of participants by group

	Total participants n =100	Experimental group n = 34 1	Control group A n=33 2	Control group B n = 33 3	p
STAIY -1 Time 1 ¹	49.4 (10.3)	51.7 (9.9)	47.7 (11.2)	49,1 (9.6)	0,269 ²
STAIY – 1 Time 2 ¹	45.06 (11.3)	37.8 (9.9)	46.9 (11)	50.7 (8.9)	0.00
STAIY -2 ¹	44.1 (9.9)	48 (11)	41.3 (9.6)	42.8 (7.8)	0.014 2 e 3 < 1 ³

¹ Mean (standard deviation); ² P -values were calculated from ANOVA test; 1,2,3 groups; ³ Teste Pos-HOC Tukey; STAIY-1 state anxiety; STAIY- 2 trait anxiety

Post-intervention state anxiety evaluation (STAIY -1) of the study's participants (Table 5)

A comparison of the scores obtained with STAIY-1 before and after the intervention shows a difference of 13.9 for the experimental group corresponding to a $p < 0.05$ value (t-Student = 9.677). In Control Group A the difference between the two measurements was 0.8 for STAIY-1 with no statistical significance ($p=0.191$), t-Student=1.335. In Control Group B the STAIY- 1 values revealed a statistically significant increase between the first and second evaluation time intervals ($p < 0.005$, t-Student – 3.012. (Table 5)

Table 5 – Post-intervention state anxiety evaluation (STAIY- 1)

	Experimental group	Control group A	Control group B
STAIY -1	51.7(9.9)/37.8(9.9)	47.7(11.2) /46.9 (11)	49.1 (6.6) /50.7 (8.9)
Time 1/ Time 2	9.677 *	1.335	- 3.012 **

Value t-student; (* $p < 0.05$); (** $p < 0.005$)

Comparison of several items of the State anxiety questionnaire (STAIY-1) (Table 6)

Scores for some of the STAIY-1 items indicating anxiety components: "I feel calm", "I feel tense", "I am currently concerned with negative events which may occur", "I feel nervous", "I feel scared", "I feel agitated" were compared between the different groups on the two evaluation time. Statistically significant differences were detected in the experimental group scores before and after the intervention for all the referred STAIY-1 items, with lower scores after the time of intervention. In Control Group B the "I feel agitated" item revealed a statistically significant increase on the second evaluation. For items purporting knowledge/information: "I feel unsure" and "I feel confused" - a comparison between the values measured before and after the intervention once again revealed statistically significant differences in the experimental group's scores ($p= 0.000$) (table 6).

Table 6 – Comparison of several items of the State anxiety questionnaire (STAIY-1) on 2 time intervals

	Grupo Experimental	Grupo Controllo A	Grupo Controllo B
" I feel calm"	3.066 *	0.892	- 0.828
" I feel tense"	3.973 *	0.000	-1.305
"I am currently concerned with negative events which may occur"	5.800 *	0.649	- 0.329
"I feel scared"	2.244**	0.828	- 1.759
"I feel nervous"	4.831 *	- 0.466	- 2.031 *
"I feel agitated"	7.668 *	- 0.239	- 2.179 *
"I feel unsure"	8.339 *	- 1.000	- 1.677
"I feel confused"	0.463 *	- 0.466	- 0.329

Value t-student; (* $p < 0.005$); (** $p < 0.05$)

Discussion

Study limitations

The principal limitation of the present study, although the patients included in the three groups studied were homogeneous in the majority of their socio demographic characteristics, is the specificity of elective surgery examined. This limits the generalizability of the results, despite the similarities in medical and surgical patient histories.

Pre-operative anxiety and educational interventions

Anxiety is a phenomenon associated to surgery, frequently present in different populations awaiting surgical intervention (Cochran 1984, Alves et al 2007, Palmer 2007, Wetsch et al 2009, Mitchell 2010a). In the present study, in line with previously reported (Caumo et al 2001, Scott 2004, Cooke et al 2005, Pritchard 2009b) STAIY scores assessed at admission time revealed the presence of significant levels of anxiety, similar in all the studied groups.

Feelings of tension, apprehension, nervousness and aggressiveness, interfering with compliance and cooperation with nursing and surgical procedures, have been reported as psychological consequences of pre-operative anxiety (Pritchard 2009a, Pritchard 2009b, Wong et al 2010). Furthermore, symptoms of anxiety are known to increase during hospital admission (Wiens 1998, Alves et al 2007, Mitchell 2008), as we detected in patients receiving uniquely usual nursing care (control group B).

Aiming the reduction of preoperative anxiety and the decrease of its psychological and physiological consequences, a number of interventions have been proposed. Informative and educative programs applied by nursing professionals have been recognized as an effective approach towards the reduction of anxiety (Swindale 1989 Tromp et al 2004, Johansson et al 2005, Mitchell 2010b). Albeit submitted to limited time available, nursing professionals are classically devoted to helping patients deal with stressful events, in order to facilitate compliance and foster a more positive attitude (Tse & So 2008, Mitchell 2010a, Mitchell 2010b).

We formerly developed an educational intervention using a patient-centred approach contemplating the evaluation of individual anxiety precipitating factors and tailored

information regarding individual needs, in agreement with previous accumulated evidence (Stewart et al 2000, Tromp et al 2004, Scott 2004, Pritchard 2009b, Kruzik 2009, Mitchell 2010b). Educational nursing programs have revealed to be efficient and adequate in reducing preoperative anxiety (Swindale 1989, Callaghan et al 1998, Shuldham 2001, Johansson et al 2005, Stern and Lockwood 2005). Designed to be applied by nursing professionals the intervention applied in this work was brief (15minutes) and easily feasible (paper submitted).

The three groups evaluated (intervention group, control group A and control group B) showed similar socio demographic characteristics and presented in general a low educational and socio economic status. Medical and surgical history was again similar in all the participants and type and risk of elective surgical procedures was marginally different, with a predominance of mild and severe score in ASA.

Pre and post intervention anxiety level

A statistical significant reduction in STAIY-1 scores was observed in Time 2 (after intervention) exclusively in the experimental group of patients submitted to the educational program. In line with previous reports, these results outline the efficacy of educative programs in reducing pre-operative anxiety (Shuldham 2001, Broabdent et al 2003, Carr et al 2005, Stern and Lockwood 2005, Palmer 2007, Kruzik 2009).

Post intervention anxiety levels similar to time 1 evaluation were detected in control group A, who received standardized information with similar time length, reinforce the value of the detection of individual needs and the delivery of individualized information. As stated by others (Swindale 1989, Tromp et al 2004, Johansson et al 2005, Mitchell 2010b), the information should focus on each patient's perceptions and information needs, as performed in our experimental group. Eventually these advantages were, in experimental group results, amplified by the building of an emphatic relation based on the emotional exploration and support.

Interestingly and in agreement with previously reported findings (Callaghan et al 1998, Shuldham 2001, Palmer 2007, Kruzik 2009) we confirmed an increment in anxiety scores detected by STAY –Y in the absence of any information or educational approach. In fact the participants included in the control group B, who received usual routine care, presented with increased anxiety as surgery became proximate.

Although participants were randomly assigned to the groups as stated earlier, we verified a statistical significant difference regarding trait anxiety (STAIY-2) between patients included in experimental group and those of A and B control groups. These patients even though presented with a significantly increased general and long-standing anxiety and a tendency to react to stressful events with higher anxiety levels (Spielberger et al 1983), showed that their anxiety state was modifiable by the applied educational intervention.

Some answers to particular items included in STAIY questionnaire were mostly significantly reduced after intervention in experimental group patients (for example "I am currently concerned with negative events which may occur", "I'm worried" and "I feel confused"), confirming the positive effect of the implemented educational and empathic strategies.

The present study confirms the positive effect of preoperative education patient-centred intervention, as stated previously by others (Shuldham 2001, Broabdent et al 2003, Carr et al 2005, Stern and Lockwood 2005, Palmer 2007, Kruzik 2009). The total eradication of pre-operative anxiety, a response to stressful events, is probably impossible but "planned attempts to manage anxiety effectively must become a central feature of modern surgical nursing" (Mitchell 2010), with positive effects on the relationship with health professionals as well as in patients levels of satisfaction (Pritchard 2009a, Pritchard 2009b). This intervention design, on the other hand, points to the efficacy of brief and feasible programs, which can be applied by nursing professionals and integrated in routine care.

Conclusions

This study reinforces the feasibility and efficacy of preoperative anxiety nursing interventions. Reduction of anxiety levels was obtained after application of a brief (15 minutes), educative, patient-centred approach, performed by registered nurses submitted merely to an elementary communication skills training (3 hours).

Socio demographic characteristics of our population indicate that educative intervention programs are accessible and well accepted by populations with reduced educational achievement.

Effective reduction of preoperative anxiety levels detected at admission identically underscore pertinence of tailored interventions, as used in this study. Secondly patients feel calmer, less scared and less agitated, more able to coop with surgical procedures, more positive and with higher personal satisfaction.

Similar interventions could be applied to other surgical contexts, since they showed to contribute to an effective use of nursing time, easily incorporated in routine care.

Funding Statement

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors

Conflict of interest Statement

No conflict of interest has been declared by the authors

References

- ALVES, M. L., PIMENTEL, A. J., GUARATINI, A. A., MARCOLINO, J. A., GOZZANI, J. L. & MATHIAS, L. A. (2007) Preoperative anxiety in surgeries of the breast: a comparative study between patients with suspected breast cancer and that undergoing cosmetic surgery. *Revista Brasileira Anestesiologia* **57**, 147-56.
- AMARO, F. (1990) *Escala de Graffar adaptada*. In: Costa Ana M. Bérnard et al (1996), Lisboa, Currículos Funcionais.
- BADNER, N. H., NIELSON, W. R., MUNK, S., KWIATKOWSKA, C. & GELB, A. W. (1990) Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Canadian Journal Anaesthesia* **37**, 444-7.
- BERG, A., FLEISCHER, S., KOLLER, M. & NEUBERT, T. R. (2006) Preoperative information for ICU patients to reduce anxiety during and after the ICU-stay: protocol of a randomized controlled trial [NCT00151554]. *BioMed Central Nursing* **5**, 4.
- BROADBENT, E., PETRIE, K. J., ALLEY, P. G. & BOOTH, R. J. (2003) Psychological stress impairs early wound repair following surgery. *Psychosomatic Medicine* **65**, 865-9.
- CALLAGHAN, P., CHEUNG, Y. L., YAO, K. Y. & CHAN, S. L. (1998) Evidence-based care of Chinese men having transurethral resection of the prostate (TURP). *Journal of Advanced Nursing* **28**, 576-83.
- CARR, E. C., NICKY THOMAS, V. & WILSON-BARNET, J. (2005) Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. *Internation Journal of Nursing Studies* **42**, 521-30.

- CAUMO, W., SCHMIDT, A. P., SCHNEIDER, C. N., BERGMANN, J., IWAMOTO, C. W., BANDEIRA, D. & FERREIRA, M. B. (2001) Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* **45**, 298-307.
- COCHRAN, T. M. (1984) Psychological preparation of patients for surgical procedures. *Patient Education Counseling* **5**, 153-8.
- COOKE, M., CHABOYER, W., SCHLUTER, P. & HIRATOS, M. (2005) The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Journal of Advanced Nursing* **52**, 47-55.
- DAVENPORT, D. L., BOWE, E. A., HERDERSON, W. G., KHURI, S. F. & MENTZER, R. M., JR. (2006) National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) risk factors can be used to validate American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification (ASA PS) levels. *Annals of Surgery* **243**, 636-41; discussion 641-4.
- FIORAVANT, A. C. M. (2006) *Propriedades Psicométricas do Inventário de Ansiedade Traço-Estado*. Mestre Tese de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- GONÇALVES, M. M., SIMÕES, M. R., ALMEIDA, L. S. & MACHADO, C. (2006) *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa*, Coimbra, Quarteto.
- GRAFFAR, M. (1956) Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, VI, 455-459.
- JOHANSSON, K., NUUTILA, L., VIRTANEN, H., KATAJISTO, J. & SALANTERA, S. (2005) Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* **50**, 212-23.
- JOHNSTON, M. (1986) Pre-operative emotional states and post-operative recovery. *Advances in Psychosomatic Medicine* **15**, 1-22.
- KRUZIK, N. (2009) Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *Association of Operating Room Nurses Journal* **90**, 381-7.
- LIN, L. Y. & WANG, R. H. (2005) Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing* **51**, 252-60.
- MENDES, A. C., SILVA, A., NUNES, D. & FONSECA, G. (2005) Influencia de um programa psico-educativo no pré-operatório nos níveis de ansiedade do doente no pós-operatório. *Revista Referência*, **II**, 9-14.
- MITCHELL, M. (2000) Nursing intervention for pre-operative anxiety. *Nursing Standard* **14**, 40-3.
- MITCHELL, M. (2008) Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing* **64**, 261-71.
- MITCHELL, M. (2010a) General anaesthesia and day-case patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing* **66**, 1059-71.
- MITCHELL, M. (2010b) A patient-centred approach to day surgery nursing. *Nursing Standard* **24**, 40-6.
- OSHODI, T. O. (2007) The impact of preoperative education on postoperative pain. Part 1. *British Journal Nursing* **16**, 706-10.

- PALMER, J. A. (2007) Decreasing anxiety through patient education. *Plastic Surgical Nursing* **27**, 215-20.
- PRITCHARD, M. J. (2009a.) Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. *Nursing Standard* **23**, 35-40.
- PRITCHARD, M. J. (2009b) Managing anxiety in the elective surgical patient. *British Journal Nursing* **18**, 416-9.
- SCOTT, A. (2004) Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nursing in Critical Care* **9**, 72-9.
- SHULDHAM, C. M. (2001) Pre-operative education for the patient having coronary artery bypass surgery. *Patient Education Counseling* **43**, 129-37.
- SPIELBERGER, C. D., GORSUCH, R. L. & LUSHENE, R. E. (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- STERN, C. B. & LOCKWOOD, C. R. B. (2005) Knowledge retention from preoperative patient information - systematic review. *International Journal of Evidence Based Healthcare* 45-63.
- SWINDALE, J. E. (1989) The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery. *Journal of Advanced Nursing* **14**, 899-905.
- TROMP, F., DULMEN, S. & WEERT, J. (2004) Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing* **47**, 212-22.
- TSE, K.-Y. & SO, W. K.-W. (2008) Nurses' perceptions of preoperative teaching for ambulatory surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* **63**, 619-25.
- VAUGHN, F., WICHOWSKI, H. & BOSWORTH, G. (2007a) Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *Association of Operating Room Nurses Journal* **85**, 589-604.
- WALKER, J. A. (2007) What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal Nursing* **16**, 27-32.
- WETSCH, W. A., PIRCHER, I., LEDERER, W., KINZL, J. F., TRAWEGER, C., HEINZ-ERIAN, P. & BENZER, A. (2009) Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anaesthesia* **103**, 199-205.
- WIENS, A. G. (1998) Preoperative anxiety in women. *Association of Operating Room Nurses Journal* **68**, 74-7, 79-81, 83-8.
- WONG, E. M.-L., CHAN, S. W.-C. & CHAIR, S.-Y. (2010) Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *Journal of Advanced Nursing* **66**, 1120-31.

Manuscript submitted to Journal of Advanced Nursing