



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

PAULA MUNIZ MACHADO

**IDENTIFICAÇÃO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E DO PERFIL DOS
PACIENTES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA E SUBMETIDOS A TRATAMENTO
CIRÚRGICO**

Ceilândia

2014

PAULA MUNIZ MACHADO

**IDENTIFICAÇÃO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E DO PERFIL DOS
PACIENTES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA E SUBMETIDOS A TRATAMENTO
CIRÚRGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso do curso em
Enfermagem, para obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem - Universidade de
Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Mani Indiana Funez.

Ceilândia

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

M149i Machado, Paula Muniz

Identificação de ansiedade e depressão no período pós-operatório em pacientes que sofreram violência e submetidos a tratamento cirúrgico/ Paula Muniz Machado. – Brasília: Universidade de Brasília, 2014.

67f.: il.

Monografia (graduação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2014.

Incluem anexos

Orientação: Prof.^a Dr.^a Mani Indiana Funez.

1. Ansiedade 2. Depressão 3. Violência 3. Enfermagem.

I. Funez, Mani Indiana II. Machado, Paula Muniz. III. Título.

CDU 616.89-08

PAULA MUNIZ MACHADO

**IDENTIFICAÇÃO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E DO PERFIL DOS
PACIENTES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA E SUBMETIDOS A TRATAMENTO
CIRÚRGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) apresentado a Comissão de Graduação para TCCE da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: _____ de _____ de 2014

Prof^a Dr.^a. Mani Indiana Funez

Prof^a Dr.^a. Ana Cláudia Afonso Valladares Torres

Prof^a Dr.^a. Michelle Zampieri Ipolito

Dedico este trabalho à minha família, amigos e a todos que fizeram parte desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade de estar aqui.

Aos meus pais por todo amor carinho, suporte e pelo exemplo de vida, e a minha irmã pela paciência e prontidão para ler este trabalho e fazer correções.

Aos meus amigos, por todo estímulo e apoio em diversos momentos.

À professora Mani, por todo esforço, auxílio e apoio, por dividir seu conhecimento sempre e pelo exemplo que me fez crescer como pessoa e profissional.

Às professoras Ana Cláudia e Michele pela participação na banca examinadora deste trabalho.

À enfermeira Soraia, pela receptividade e carinho durante a minha coleta de dados e a toda equipe de enfermagem da clínica cirúrgica do Hospital Regional de Ceilândia.

Aos pacientes que aceitaram participar deste trabalho e contribuíram para este resultado.

RESUMO

A violência é um problema de grandes proporções na sociedade que gera consequências para suas vítimas. É importante que os profissionais saibam lidar com essas pessoas objetivando uma assistência integral e qualificada. Os objetivos deste trabalho foram identificar o perfil do paciente quanto aos aspectos sócio-demográficos, causa da internação, tipo de cirurgia (urgência ou emergência) e níveis de ansiedade e depressão de acordo com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. A pesquisa foi realizada por meio de entrevista e análise de prontuários de pacientes que se encontravam internados na Clínica Cirúrgica do Hospital Regional da Ceilândia e foram submetidos a procedimento cirúrgico para tratamento de dano físico causado por violência. A amostra foi composta por 31 pacientes, a maioria era do gênero masculino, idade de 18 a 28 anos, nascidos na região nordeste, com baixa escolaridade e desempregados, 16% usuária de substâncias psicoativas e tabaco, revelando uma condição de vulnerabilidade. O principal motivo da realização do procedimento cirúrgico foi perfuração por arma branca, a cirurgia de maior ocorrência foi a laparotomia exploradora, 49% recebeu orientações no pré-operatório apesar das cirurgias serem de emergência/urgência. A utilização da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão revelou 39% dos pacientes com ansiedade e 23% com depressão, parte da amostra apresentou as duas condições concomitantemente. Diante dos resultados obtidos e da importância do atendimento das reais necessidades dos pacientes sugere-se que a avaliação emocional dos pacientes que sofreram violência e receberam tratamento cirúrgico pelo enfermeiro pode levar ao encaminhamento desse para uma assistência qualificada.

Palavras-chave: Violência. Cirurgia. Ansiedade. Depressão. Enfermagem.

ABSTRACT

Violence is a major problem in society that generates consequences for its victims. It is important that professionals to deal with these people with a comprehensive and qualified assistance. The objectives were to identify the socio-demographic characteristics profile of the patient's, reason of admission, type of surgery (urgency or emergency) and levels of anxiety and depression according to the Hospital Anxiety and Depression Scale. The research was made through interviews and records analysis of patients who were hospitalized in the Surgical Clinic of the Ceilândia Regional Hospital and underwent surgery for treatment of physical harm caused by violence. The sample consisted of 31 patients, most of them were males, aged from 18 to 28 years, born in Northeast, with low education and unemployed, 16% user of psychoactive substances and tobacco, revealing a vulnerable condition. The main reason for the surgical procedure was piercing stab wounds, the most frequent surgery was laparotomy, 49% received preoperative orientations despite the surgeries was being classified by emergency / urgent. Regarding the Hospital Anxiety and Depression Scale 39% of patients had anxiety and 23% depression, part of the sample had both conditions simultaneously. Based on these results and the importance of addressing the real needs of patients is suggested that the emotional evaluation of patients who have suffered violence and received surgical treatment by nurses may lead to referral to a qualified assistance.

Keywords: Violence. Surgery. Anxiety. Depression. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição Proporcional do Total de Pacientes Segundo Gênero.....	28
Figura 2 - Distribuição Proporcional do Total de Pacientes Segundo Região de Nascimento.....	29
Figura 3 - Distribuição Proporcional de Pacientes Segundo Ocupação.....	30
Figura 4 - Distribuição Proporcional do Total de Pacientes Segundo Local de Moradia.....	31
Figura 5 - Distribuição Proporcional de Pacientes Usuários de Substâncias Psicoativas e Tabaco.....	31
Figura 6 - Distribuição Proporcional de Utilização de Substâncias Psicoativas.....	32
Figura 7 - Distribuição Proporcional do Motivo da Realização do Procedimento Cirúrgico.....	32
Figura 8 - Distribuição Proporcional Segundo Tipo da Primeira Cirurgia Realizada.....	33
Figura 9 - Distribuição Proporcional Segundo Tipo da Segunda Cirurgia Realizada.....	33
Figura 10 - Distribuição Proporcional do Tipo de Anestesia Realizada.....	34
Figura 11 - Distribuição Proporcional do Dia pós-operatório de Avaliação do Paciente.....	35
Figura 12- Distribuição Proporcional de Classificação das Cirurgias Pelo Momento Operatório Segundo Prontuário Eletrônico.....	36
Figura 13 - Distribuição Proporcional de Classificação das Cirurgias Pelo Momento Operatório Segundo a Literatura.....	36
Figura 14 - Relato de Restrição de Posicionamento no Pós-Operatório.....	37

Figura 15 - Relato de Recebimento de Orientações Pré-Operatórias.....37

Figura 16 - Registro de Orientação Pré-Operatória em Prontuário.....38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos.....	29
Tabela 2 - Média do Dia pós-operatório de Avaliação do Paciente após a Primeira e Segunda Cirurgias, em dias.....	35
Tabela 3 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

SES/DF - Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	14
2- REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1- Estratégias de enfrentamento do problema.....	17
2.2- Apresentando Ceilândia.....	19
2.3- Implicações da Violência.....	19
2.4- A Ansiedade e Depressão em Relação ao Procedimento Cirúrgico	20
3- JUSTIFICATIVA	22
4- OBJETIVOS	23
4.1- Objetivo Geral.....	23
4.2- Objetivos Específicos	23
5- METODOLOGIA	24
5.1- Tipo de Estudo	24
5.2- Local de estudo	24
5.3- População e Amostra.....	24
5.3.1- População de Referência	24
5.3.2- População de Estudo	24
5.3.3- Critérios de Inclusão	25
5.3.4- Critérios de Exclusão	25
5.4- Equipe de Execução	25
5.5- Etapas da Investigação	25
5.5.1- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.....	26
5.6- Ética na Pesquisa.....	26
5.7- Tratamento dos Dados.....	27
5.8- Riscos e Benefícios da Pesquisa	27
6- RESULTADOS	28

6.1- Dados Sociodemográficos	28
6.2- Dados de Caracterização dos Pacientes e Procedimento Cirúrgico	31
6.3- Avaliação dos Pacientes Segundo Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	39
7- DISCUSSÃO	40
8- CONCLUSÕES.....	52
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES.....	60
ANEXOS.....	64

1- INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2010) a violência é considerada um problema de saúde pública com influências negativas sobre questões sociais e econômicas.

A violência constitui o “o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p. 5).

A violência traz prejuízos emocionais e econômicos, no sentido de que a vítima precisa faltar o trabalho e no serviço de saúde é gerada uma demanda que necessita de cuidados o que por consequência promove um aumento nos gastos. Parte dessa violência é proveniente de ações criminosas, sendo que a falta de oportunidades e perspectivas principalmente para os jovens, pode levá-los a criminalidade. Para explicar as causas da violência deve-se levar em conta que diversos fatores estão envolvidos, o que torna sua explicação complexa, sendo que ela também gera danos tanto no âmbito individual quanto no coletivo e no setor de serviços (BRASIL, 2005). Segundo Chesnais (1999) fatores como más condições socioeconômicas e vulnerabilidade podem exercer influência para que sejam cometidos atos violentos.

As lesões e traumas ocorridos por motivo de violência podem ser tratáveis, se tornarem crônicas, como uma lesão medular proveniente de trauma por arma de fogo, ou levar a morte. Entre os danos psíquicos pode ocorrer o desenvolvimento de distúrbios como depressão e ansiedade.

O ato de violência pode levar a danos físicos e psíquicos permanentes ou não, que precisam ser manejados. A assistência de enfermagem holística pode colaborar nesse sentido.

Segundo Carnochan et al. (2012) uma forma eficiente no combate a violência é a prevenção baseada em evidências por meio de programas e políticas que tem foco nos fatores de risco e causas fundamentais. Ainda segundo esses autores é comprovado que principalmente o investimento financeiro preventivo traz um melhor resultado do que quando se investe após a ocorrência do evento.

Existem muitas instituições no Brasil que atuam com programas e iniciativas na prevenção da violência com ênfase na população jovem e nas crianças da comunidade (OPAS, 2010).

O enfermeiro pode ser atuante na assistência a pacientes vítimas de violência. Por meio da escuta ativa ele é capaz de identificar traumas na fala dessas pessoas, por isso é importante a qualificação desses profissionais tanto na identificação dessas vítimas como também nas possibilidades de assistência. O atendimento por uma equipe multiprofissional é essencial objetivando o cuidado integral, e a criação de protocolos nas instituições pode ser uma ferramenta capaz de guiar e tornar a assistência mais qualificada.

Segundo Leal e Lopes (2005) os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com as vítimas de violência de maneira integral atentando-se apenas ao trauma físico. As instituições não capacitam seus profissionais para identificação desse agravo. A superlotação das emergências acaba direcionando ainda mais o trabalho, que se volta apenas ao trauma e a lesão restringindo a possibilidade do cuidado integral.

Um paciente ansioso ou depressivo pode não ser colaborativo e por isso restringir a assistência de enfermagem fornecida a ele, o que traz prejuízos no processo terapêutico.

O trabalho educativo no pós-operatório pode minimizar a ansiedade do paciente relacionada ao tratamento e prognóstico, além de sanar dúvidas quanto às alterações que o processo cirúrgico pode ter acarretado que necessitam de cuidados.

Segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal - CODEPLAN (2013) a cidade de Ceilândia é uma das Regiões Administrativas do Distrito Federal criada em 1971 com o intuito inicial de abrigar pessoas que foram retiradas de favelas e foi se expandindo com as migrações que vem ocorrendo para o Distrito Federal desde então. Sua população urbana estimada no ano de 2013 chega a 449.592 habitantes em sua maioria mulheres 51,78%. Do total da população 62,98% está situada no grupo entre 15 à 59 anos.

2- REFERENCIAL TEÓRICO

As áreas urbanas concentram o maior percentual de mortes por causas violentas 75%, porém a violência também está presente nas áreas rurais, segundo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Portaria n.º 737/GM 16 de maio de 2001 (BRASIL, 2001).

Em 2002 morreram 126.657 pessoas no Brasil devido aos acidentes e violências, constituindo 12,6% dos óbitos por todas as causas, com a taxa de mortalidade por causas externas de 71,6 por 100 mil habitantes. A escalada da violência não pára: houve um crescimento do risco de morrer de 17% em relação à década de 1980 e de 3,3% em relação à década de 1990 do século passado (SOUZA; LIMA, 2007, p. 1213).

O Brasil ocupa uma das primeiras posições em níveis internacionais considerando as taxas de homicídios em jovens, que vem aumentando desde 2003 (WASELFISZ, 2008).

Segundo dados preliminares da Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa Social do Governo do Distrito Federal de janeiro a setembro de 2012 ocorreram na Ceilândia 119 homicídios e 168 tentativas de homicídios sendo os maiores índices se comparados a todas as outras regiões administrativas do Distrito Federal, na quantidade de roubos que incluem latrocínio, tentativa de latrocínio, roubo a residência, roubo em coletivos entre outros a Ceilândia também possui os maiores índices totalizando 3958 ocorrências.

Por meio de estatísticas o que se pode analisar são os óbitos, porém quando se trata das vítimas não fatais da violência, aquelas que sobreviveram, mas trazem consigo sequelas, não existem muitos dados a respeito, sendo que atualmente a violência é causa de um grande número de óbitos segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2010). Dados sobre as vítimas não fatais serão obtidos por meio da pesquisa, analisando os índices de ansiedade e depressão.

2.1- Estratégias de enfrentamento do problema

Segundo Poll, Lunardi e Lunardi Filho (2008) a desorganização das unidades de atendimento de urgência e emergência, a falta de preparo profissional, a quantidade insuficiente de profissionais, a alta carga de trabalho e o ambiente físico hospitalar inadequado acabam prejudicando a assistência as vítimas de violência.

Lima et al. (2009) trouxeram a Unidade Básica de Saúde como ferramenta para prevenção à nível primário, considerando este local como possível estabelecedor de vínculos e de criação e implantação de estratégias de prevenção. A assistência após a ocorrência do evento também pode ser estabelecida neste nível de atenção à saúde objetivando a recuperação da vítima, a orientação e a busca de seus direitos, nesse momento se coloca a importância da assistência interdisciplinar para reestabelecimento do paciente em suas particularidades.

Nos locais onde está implementada a Estratégia Saúde da Família, a relação mais próxima que os agentes comunitários possuem com as famílias, estabelecendo vínculos, os permitem identificar agravos, o que acaba se tornando uma ferramenta no combate e prevenção à violência.

A articulação da equipe para um atendimento integral das necessidades de saúde da vítima de violência é um elemento importante que exige escuta qualificada e experiência com o objetivo de identificar e intervir nesses casos (LIMA et al., 2009).

Segundo Velloso et al. (2011) as ações para lidar com a violência nas Unidades Básicas de Saúde devem ser articuladas com outras instituições como escolas para promover maior efetividade na assistência a saúde, observar as características dessa população e seus recursos.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Portaria n.º 737/GM 16 de maio de 2001 (BRASIL, 2001) diz que a promoção a saúde deve embasar todas essas ações para redução da violência e acidentes tendo como ferramenta principal as medidas de prevenção tanto no sentido de evitar a ocorrência como na assistência aos sobreviventes e para evitar sequelas e mortes destes, considerando que os gastos com prevenção são menores e que toda violência e acidente pode ser prevenido.

No que diz respeito a violência deve-se pensar portanto em ações preventivas e em buscar uma rede articulada com o objetivo do atendimento integral para as vítimas, a melhoria das condições socioeconômicas e de saúde da população também é uma ferramenta importante no combate a violência.

Na literatura foram encontradas estratégias de enfrentamento relacionadas apenas à atenção básica, o que pode estar relacionado com a falta de estudos na assistência hospitalar a respeito desse assunto, isso pode gerar uma restrição na assistência ao paciente considerando que os profissionais podem não estar preparados para lidar com as vítimas da violência e estudos colaborariam na obtenção deste preparo. O enfermeiro não só nas Unidades Básicas de Saúde, mas também nos hospitais pode ser atuante no combate e prevenção de violência, o cuidado integral multiprofissional é essencial na assistência a estes pacientes.

Segundo Silva et al. (2012) existe deficiência de informações nos serviços de emergência em se tratando da morbidade física, psicológica e repercussões na qualidade de vida dos pacientes vítimas de violência dificultando no entendimento do que a violência interpessoal produz.

Segundo a Portaria Nº 104, de 25 de Janeiro de 2011 (BRASIL, 2011), é obrigatória a notificação de violência doméstica, sexual assim como de outras violências.

Desde 2006, o Ministério da Saúde, com a finalidade de conhecer a magnitude dos casos de acidentes e violências no País que não levam ao óbito ou à internação, estruturou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), o qual se constitui por dois componentes: vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (Viva-Contínuo), módulo incorporado ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan-Net); e vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (Viva-Sentinela), realizada por meio de pesquisa a cada dois anos. Esses componentes possibilitam a obtenção de informações que permitem o planejamento das ações de prevenção a esses agravos e a atenção integral às vítimas de acidentes e violências em todo o território nacional (BRASIL, 2010, p.10).

2.2- Apresentando Ceilândia

Segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2013) as características mais prevalentes da população da cidade de Ceilândia são a cor parda/mulata, religião católica, nascidos no Distrito Federal, com ensino fundamental incompleto e solteiros. Quanto às atividades de lazer como frequentar cinemas, teatro, parques e praticar esportes a maioria da população de Ceilândia declarou não realizá-las.

Em se tratando de violência 12,62% da população que reside na cidade em 2012 declarou sofrer algum tipo de violência e o roubo foi o principal tipo totalizando 45,51% segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2013), além disso 32,71% foram furtados, sendo que a maioria dos casos de violência ocorreu na cidade de residência totalizando 71,94%.

A renda familiar média segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2013), foi de R\$ 2.509,22, o valor da renda per capita é de R\$ 718,40, sendo que a maior faixa da população situa-se entre 2 e 5 salários mínimos com o percentual de 43,08%.

Os altos índices de violência na cidade e as consequências geradas a partir dela podem estar relacionados a falta de atividades de lazer para a população e aos reduzidos níveis de escolaridade. A vulnerabilidade da população pode ocasionar a realização de atos de violência.

2.3- Implicações da Violência

A violência tem diversas consequências às suas vítimas, além de lesões físicas estudos tem evidenciado a ocorrência de alterações psicológicas.

Segundo Quarantini et al. (2009) pessoas que foram vítimas de violência podem desenvolver transtorno de estresse pós-traumático.

A violência esta associada com o surgimento de problemas de saúde mental como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático nos países em desenvolvimento, sendo as crianças, adolescentes e mulheres o segmento de maior risco segundo Ribeiro et al. (2009).

As alterações psicológicas geradas pela violência podem levar ao surgimento de necessidades específicas na assistência hospitalar, que devem receber atenção dos profissionais e exigem uma preparação dos mesmos para lidar com as necessidades desses pacientes e assim prestar uma assistência qualificada.

2.4- A Ansiedade e Depressão em Relação ao Procedimento Cirúrgico

Segundo Peniche e Chaves (2000) a eminente realização de um procedimento cirúrgico traz consigo além da avaliação cognitiva da situação também sentimentos relativos à ela, e a necessidade do enfrentamento por parte do paciente. Também é observada a ocorrência de resposta neuroendócrina relativa ao trauma físico, incluindo-se o procedimento cirúrgico, e labilidade emocional devido ao efeito dos anestésicos. Um bom esclarecimento do paciente por meio de informações e de experiências anteriores por exemplo aumenta a probabilidade de um resultado positivo na avaliação cognitiva, sendo que a avaliação pré-operatória pode ajudar nesse processo através do suporte emocional.

O aparecimento de um estado de ansiedade envolve uma sequência de eventos em que o estímulo interno ou externo avaliado cognitivamente como perigo ou ameaça, produz uma reação de ansiedade como estado. Esta reação pode desencadear uma sequência de comportamentos com o objetivo de evitar ou reduzir o perigo ou ainda ativar processos de enfrentamento que visam reduzir a ansiedade (PENICHE; CHAVES, 2000, p.48).

E ainda segundo Peniche e Chaves (2000) os enfermeiros não têm preparo para lidar com essa questão devido a falta de conhecimento teórico.

Segundo Furlanetto e Brasil (2006) a depressão pode ocorrer concomitantemente a uma doença clínica e nesta ocasião a depressão tanto pode ser produzida pela condição clínica como pode ser a causa dela, assim como pode até não haver relação alguma entre as

duas, sendo que muitas vezes este problema que é difícil de ser identificado, pode não ser levado em consideração por aqueles que são responsáveis pela assistência ao paciente.

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 2008, versão online).

3- JUSTIFICATIVA

A violência é uma realidade brasileira e também da cidade de Ceilândia que apresenta níveis elevados, ela gera implicações nas vítimas que podem ser mantidas pela vida inteira, implicações essas que geram especificidades na assistência de enfermagem.

A falta de preparo pré-operatório que ocorre devido a condição de urgência que trouxe a vítima de violência ao hospital pode levar esse paciente a desenvolver ansiedade, considerando também que a própria violência pode ser desencadeadora de distúrbios como depressão e ansiedade.

É bastante comum a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório segundo Marcolino et al. (2007).

Segundo Garbossa et al. (2009) pacientes que realizarão cirurgia cardíaca, apresentam sintomas como ansiedade. Nesse estudo foram observados menores índices de ansiedade no grupo de pacientes que recebeu orientações pré-operatórias, dentre os elementos desta temos as orientações a respeito dos exercícios ventilatórios e sobre o procedimento cirúrgico que seria realizado.

Considerando que essas implicações geram necessidades específicas dos pacientes em relação à assistência de enfermagem, fica evidente a relevância de um estudo para o entendimento da dimensão deste problema em uma unidade de internação cirúrgica, na medida em que o conhecimento da existência desses distúrbios e seus níveis se torna uma ferramenta para idealizar possíveis intervenções objetivando uma assistência efetiva, qualificada e individualizada.

4- OBJETIVOS

4.1- Objetivo Geral

Identificar ansiedade e depressão e o perfil quanto aos aspectos sócio-demográficos, causa da internação e tipo de cirurgia (urgência ou emergência) no período pós-operatório em pacientes que sofreram violência associada a danos físicos e foram submetidos a tratamento cirúrgico na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Regional da Ceilândia.

4.2- Objetivos Específicos

- Verificar se ocorreu o preparo pré-operatório dos pacientes;
- Identificar os níveis de ansiedade e depressão nos pacientes de acordo com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão;
- Definir ações da enfermagem que possibilitem cuidado integral a estes indivíduos.

5- METODOLOGIA

5.1- Tipo de Estudo

Foi realizada uma pesquisa de caráter observacional, descritivo, transversal, com abordagem quali-quantitativa.

5.2- Local de estudo

O estudo foi realizado no Hospital Regional da Ceilândia, Distrito Federal.

5.3- População e Amostra

5.3.1- População de Referência

A população total foi composta por 31 pacientes que se encontravam internados na Clínica Cirúrgica submetidos a procedimento cirúrgico para tratamento de dano físico causado por violência, identificados a partir de leitura de prontuário e busca ativa.

5.3.2- População de Estudo

Pacientes de ambos os gêneros, adultos submetidos a procedimento cirúrgico para tratamento de dano físico causado por violência.

5.3.3- Critérios de Inclusão

Pacientes que se encontram no pós-operatório de procedimento cirúrgico realizado para tratamento de dano físico causado por violência, com idade igual ou superior a 18 anos e menor de 60 anos, de ambos os gêneros.

5.3.4- Critérios de Exclusão

Pacientes com idade inferior a 18 anos, pacientes de qualquer idade que não fossem capazes de entender e/ou responder perguntas e pacientes que não aceitaram os termos de participação do estudo.

5.4- Equipe de Execução

Composta por acadêmica pesquisadora e professora orientadora.

5.5- Etapas da Investigação

Para obtenção dos dados o trabalho foi dividido em duas etapas. Para a primeira foi utilizado questionário contendo as seguintes informações: Dados sócio-demográficos; Motivo específico da realização do procedimento cirúrgico (por exemplo perfuração por arma de fogo); Características do procedimento cirúrgico (tipo de cirurgia, região do corpo onde foi realizado o procedimento, posicionamento do paciente no pós-operatório em caso específico de restrições, classificação da cirurgia (urgência/emergência), tipo de anestesia para relacionar seus efeitos adversos e complicações); Informações do pré-operatório, obtidas por meio do

prontuário e da entrevista ao paciente (verificando se foi realizado algum tipo de preparo pré-operatório). Não houve padronização no dia pós-operatório de avaliação do paciente.

Para a segunda etapa foram avaliadas ansiedade e depressão nesses pacientes utilizando-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (MARCOLINO et al., 2007).

5.5.1- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Esse instrumento pode ser utilizado tanto para pacientes hospitalizados como para aqueles que não estão hospitalizados, para pacientes com transtornos psiquiátricos e para aqueles sem transtornos. Na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*) são excluídos sintomas de ansiedade e depressão que tem relação com alguma doença física. Essa escala possui 14 itens que tratam de ansiedade (HADS –A) e depressão (HADS – B) e aparecem de maneira alternada (MARCOLINO et al., 2007). Segundo Zigmond e Snaith (1983 apud MARCOLINO et al., 2007, p. 158) quando a classificação final apresentar pontuação superior a 8 são os casos possíveis de ansiedade e depressão, os casos prováveis recebem pontuação superior a 11 e os distúrbios graves tem pontuação superior a 15, outra estratificação utilizada é de 0 a 8 sem ansiedade e/ou sem depressão e igual ou superior a 9, com ansiedade e/ ou com depressão.

5.6- Ética na Pesquisa

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), encontra-se registrado sob número CAAE (25946513.0.0000.5553). Todos os participantes que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar, esclarecidos e inseridos na amostra mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.7- Tratamento dos Dados

Os dados obtidos foram tratados utilizando o programa Microsoft Office Excel, para comparação dos resultados os dados foram agrupados e obtidos os valores percentuais e médias que foram demonstrados em tabelas e gráficos, de acordo com a conveniência.

5.8- Riscos e Benefícios da Pesquisa

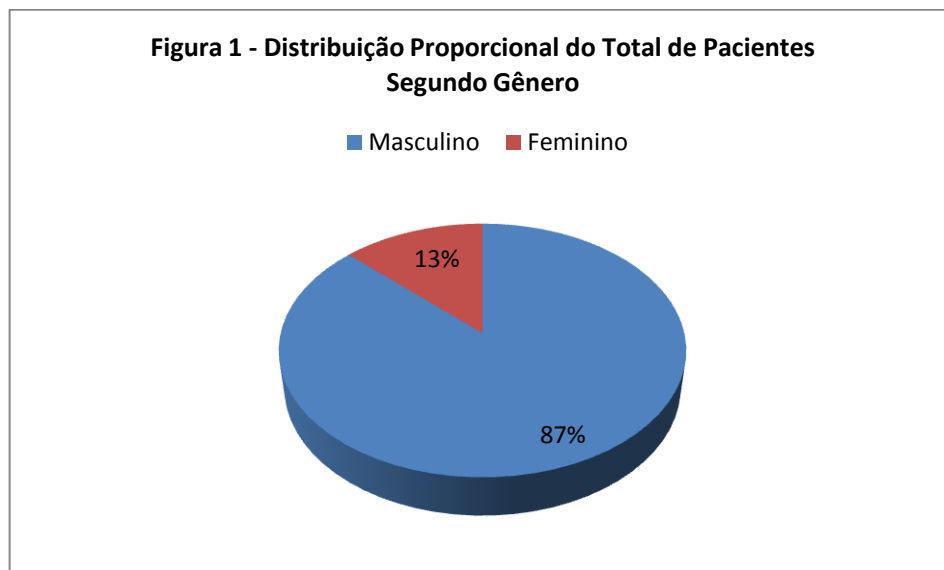
Dentre os benefícios do estudo tem-se a possibilidade de gerar conhecimento específico colaborando para elaboração de protocolos para qualificação da assistência, além de beneficiar o paciente por meio da possibilidade do cuidado integral.

Os riscos são mínimos considerando que não foi realizada nenhuma intervenção ou tratamento. Pode ter ocorrido desconforto emocional aos participantes da pesquisa especificamente quando respondendo ao instrumento de coleta de dados - considerando a possibilidade da lembrança de fatos passados que foram danosos tendo em vista que os participantes foram vítimas de violência.

6- RESULTADOS

6.1- Dados Sociodemográficos

A amostra final foi constituída de 31 pacientes sendo 87% (n=27) do gênero masculino e 13% (n=4) do gênero feminino (Figura 1).

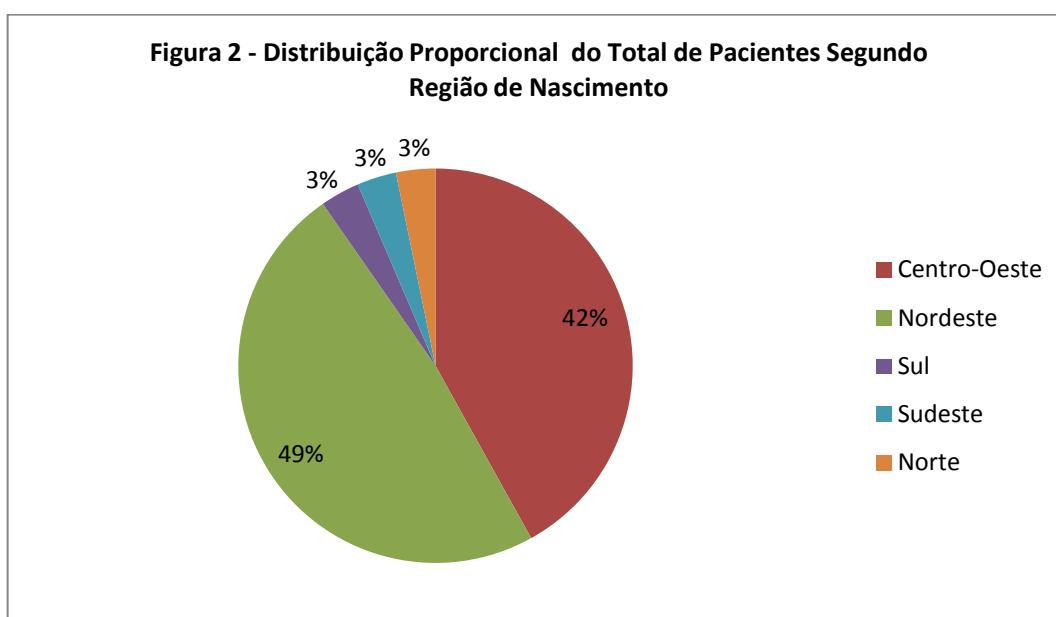


Os dados sociodemográficos estão apresentados na tabela 1. Em relação à idade, a maior parte da amostra 45% (n=14) apresentou entre 18 a 28 anos, seguida por 35% (n=11) entre 29 a 39 anos e 19% (n=6) entre 40 a 50 anos, nenhum paciente na faixa etária entre 51 a 60 anos foi encontrado na amostra estudada. Quanto ao estado civil a maior parte 58% (n=18) relatou ser solteiro, seguida por 26% (n=8) em união estável e 16% (n=5) casados. Em relação a religião os católicos e evangélicos foram maioria com 35% (n=11) cada, seguidos pelos 26% (n=8) que não possuíam religião e 3% (n=1) testemunhas de Jeová. Segundo a escolaridade 61% (n=19) da amostra estudou até o ensino fundamental, 32% (n=10) até o ensino médio e 6% (n=2) até o ensino superior (Tabela 1).

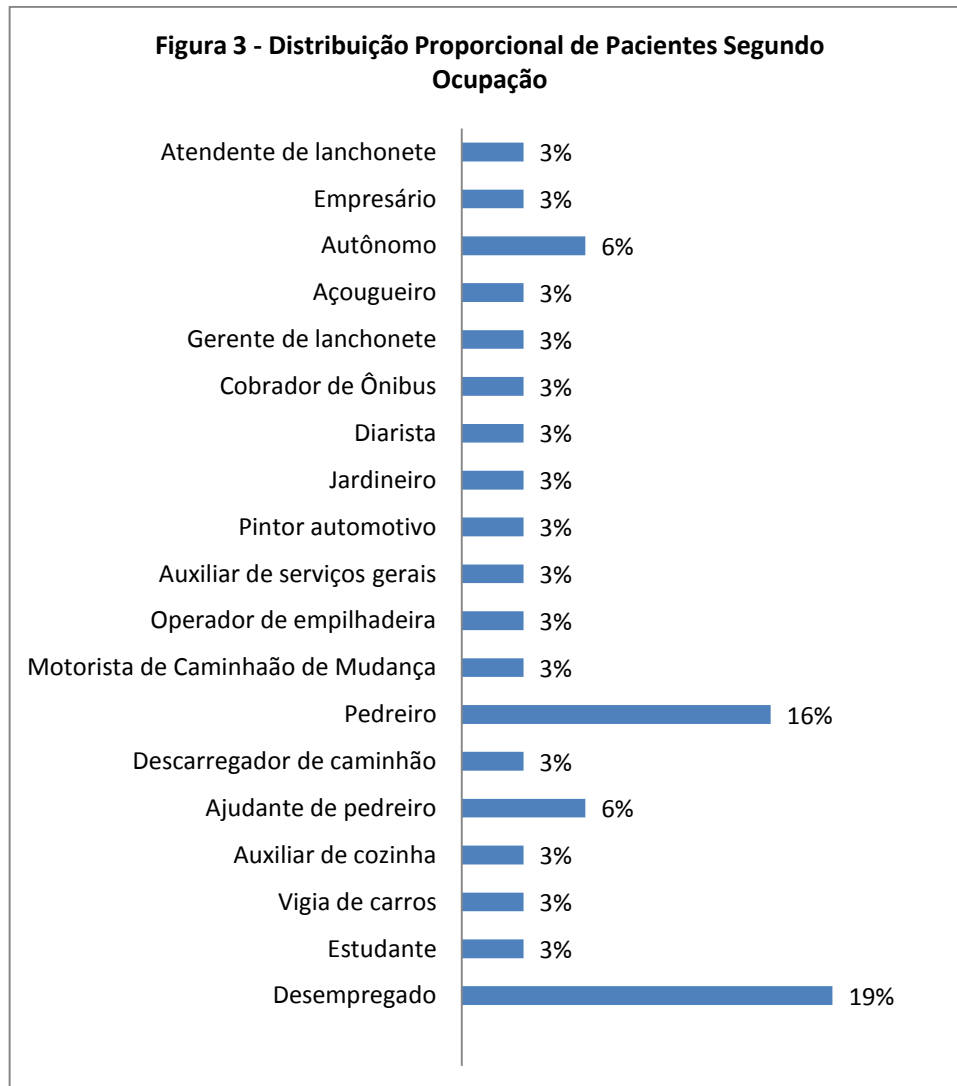
Tabela 1 – Dados Sociodemográficos

Variáveis	N	Percentual
Gênero		
Masculino	27	87%
Feminino	4	13%
Idade		
18 a 28 anos	14	45%
29 a 39 anos	11	35%
40 a 50 anos	6	19%
51 a 60 anos	0	0%
Estado Civil		
Solteiro	18	58%
Casado	5	16%
União Estável	8	26%
Religião		
Católico	11	35%
Evangélico	11	35%
Testemunha de jeová	1	3%
Não Possui	8	26%
Escolaridade		
Até o Ensino Superior	2	6%
Até o Ensino Médio	10	32%
Até o Ensino Fundamental	19	61%

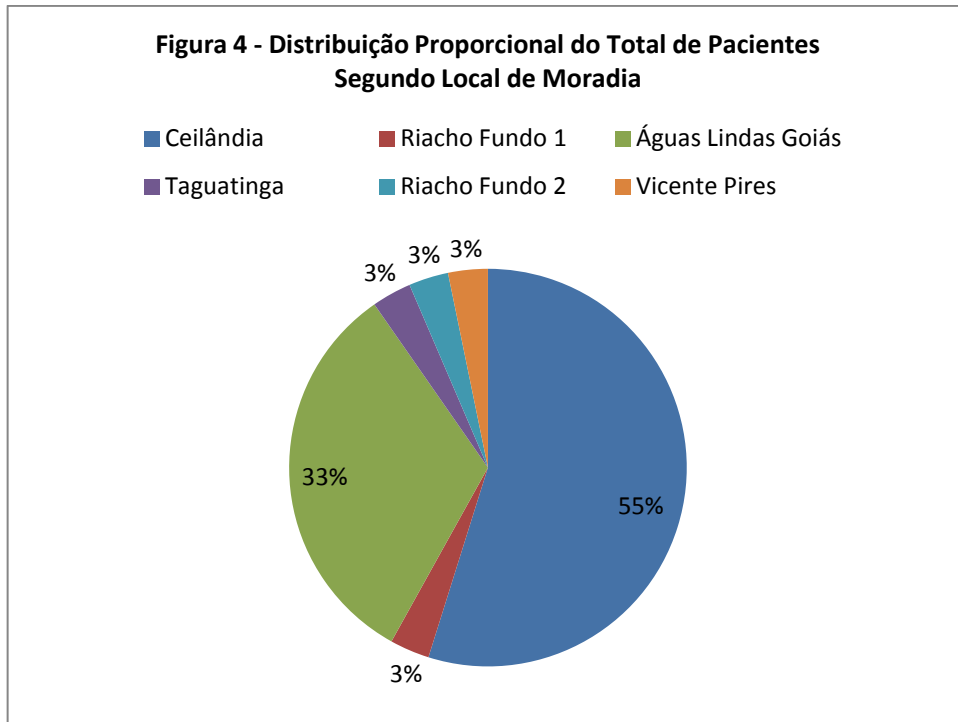
Em relação à região de nascimento, a maior parte da amostra 49% (n=15) nasceu no nordeste, 42% (n=13) no centro-oeste, seguidos pelo Sul, Sudeste e Norte com 3% (n=1) cada (Figura 2).



Quanto à ocupação, 19% (n=6) dos pacientes estão desempregados, 16% (n=5) são pedreiros, 6% (n=2) autônomos, seguidos por estudante, vigia de carros, auxiliar de cozinha, ajudante de pedreiro, carregador de caminhão, motorista de caminhão de mudança, operador de empilhadeira, auxiliar de serviços gerais, pintor automotivo, jardineiro, diarista, cobrador de ônibus, gerente de lanchonete, açougueiro, empresário, atendente de lanchonete e montador de galerias (esgoto) com 3% (n=1) cada. (Figura 3).

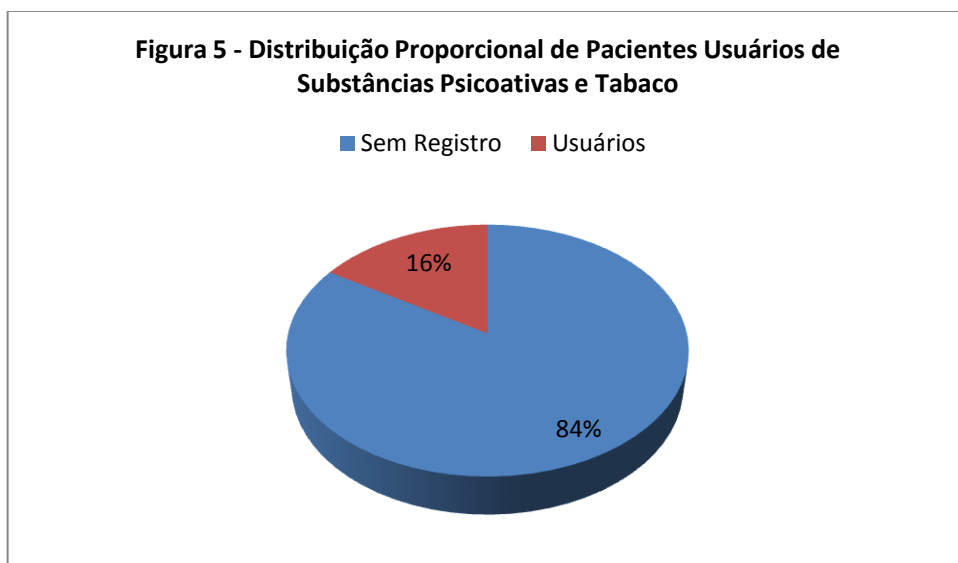


Em relação à moradia, a maioria da amostra 55% (n=17) reside em Ceilândia, seguida por Águas Lindas de Goiás com 33% (n=10) e Taguatinga, Riacho Fundo 1, Riacho Fundo 2 e Vicente Pires com 3% (n=1) cada (Figura 4).

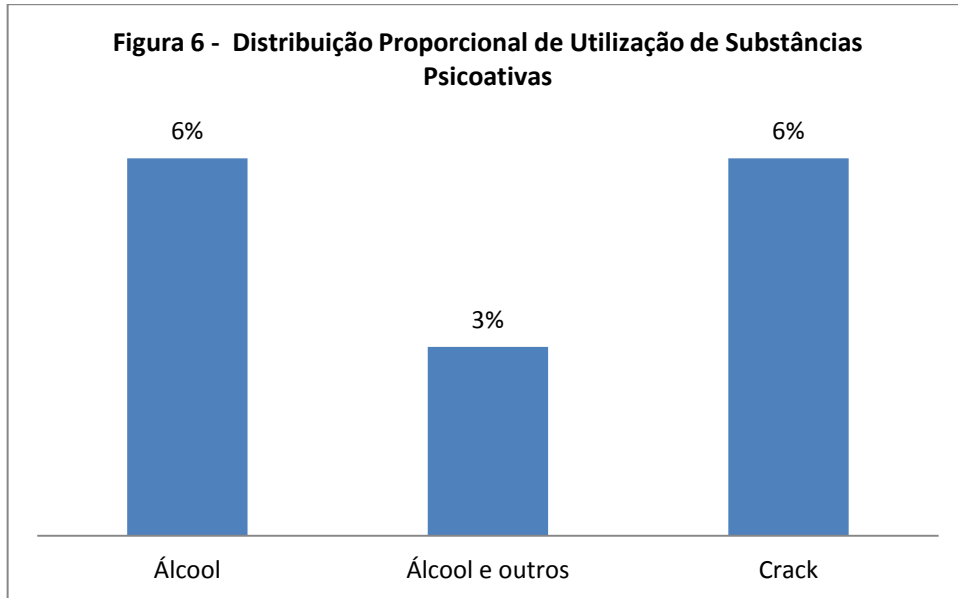


6.2- Dados de Caracterização dos Pacientes e Procedimento Cirúrgico

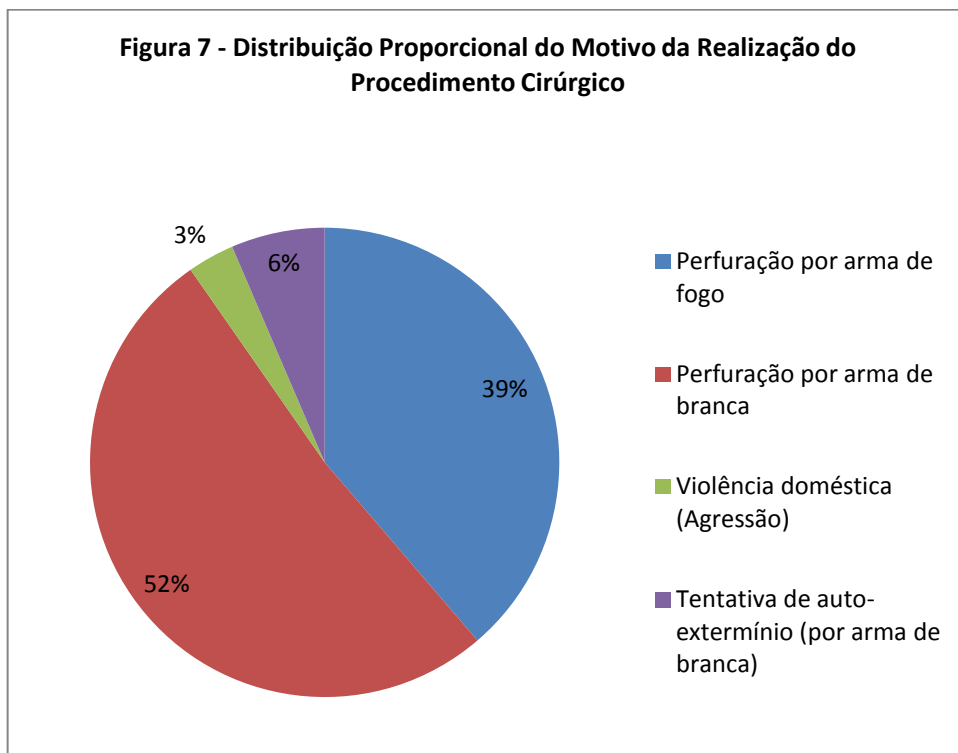
Quanto ao paciente em uso de substâncias psicoativas e tabaco, para 84% (n=26) da amostra não houve registro, para 16% (n=5) o registro foi positivo, ou seja, esta proporção da amostra era usuária (Figura 5). Não houve registro da situação de não usuário.



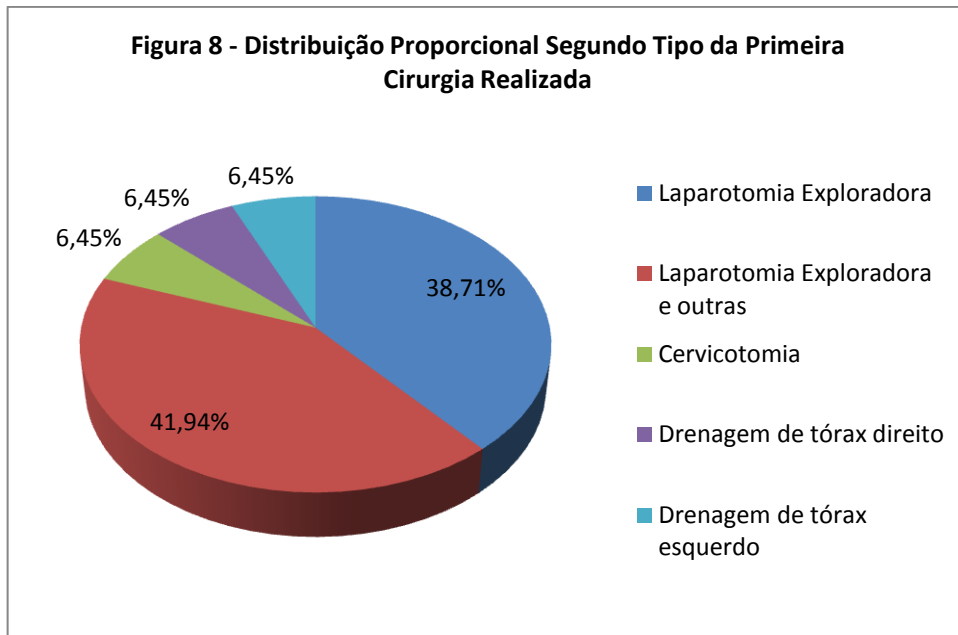
Em relação á substância utilizada, foram encontrados registros de 6% (n=2) dos pacientes usuários de álcool, 6% (n=2) de crack e 3% (n=1) eram usuários de álcool e outras drogas (Figura 6).



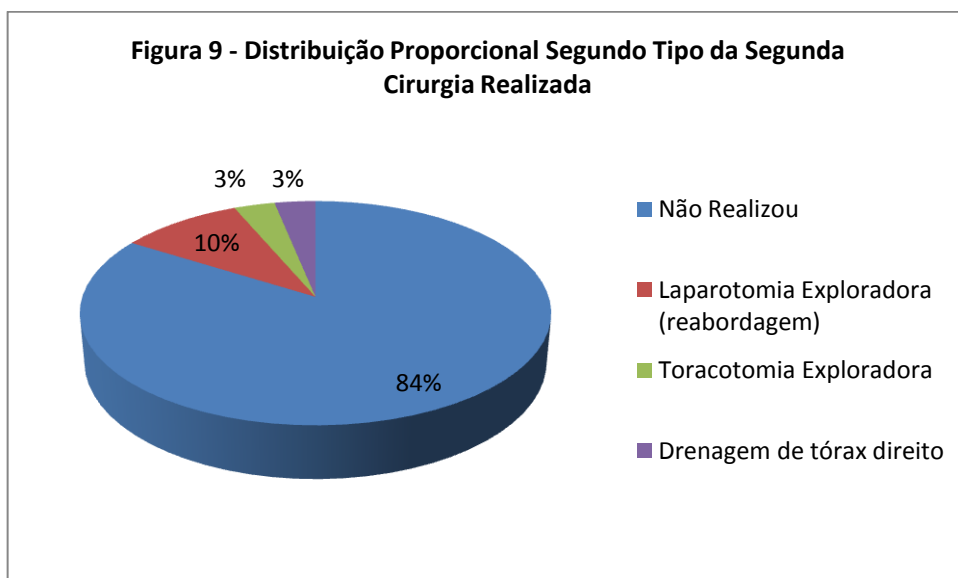
Quanto ao motivo da realização do procedimento cirúrgico, a maior parte da amostra 52% (16) sofreu perfuração por arma branca, 39% (12) sofreu perfuração por arma de fogo, 6% (2) tentativa de auto-extermínio (por arma branca) e 3% (1) violência doméstica (agressão) (Figura 7).



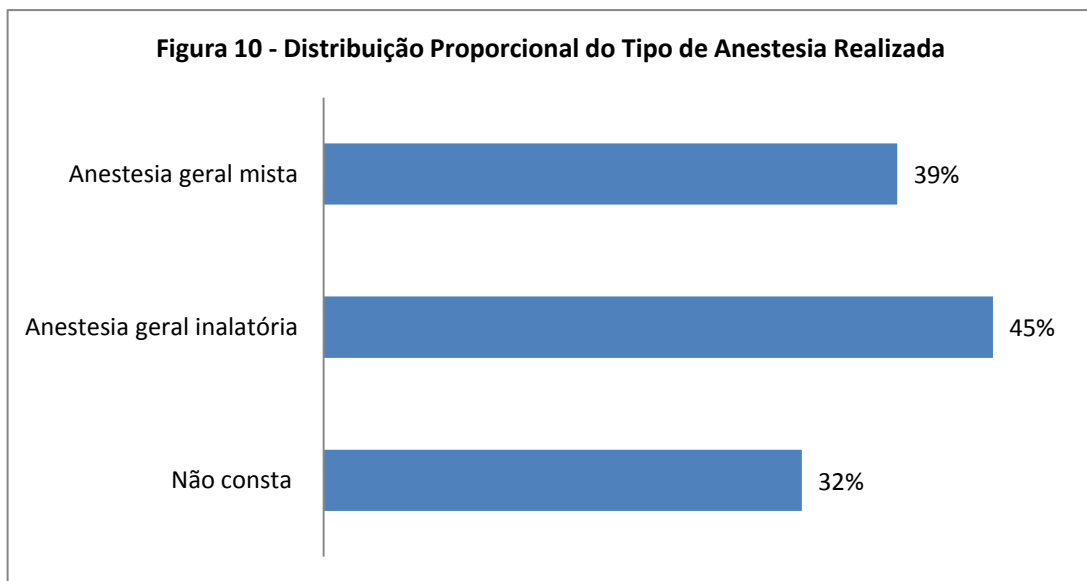
Da totalidade da amostra parte dos pacientes realizou um procedimento cirúrgico enquanto que outra parte realizou mais de um procedimento, por esse motivo a avaliação foi dividida em primeira cirurgia e segunda cirurgia. Em relação a primeira cirurgia, em 41,94% (n=13) da amostra foi realizada laparotomia exploradora e outras, em 38,71% (n=12) laparotomia exploradora, em 6,45% (n=2) cervicotomia, em 6,45% (n=2) drenagem de tórax direito e em 6,45% (n=2) drenagem de tórax esquerdo (Figura 8).



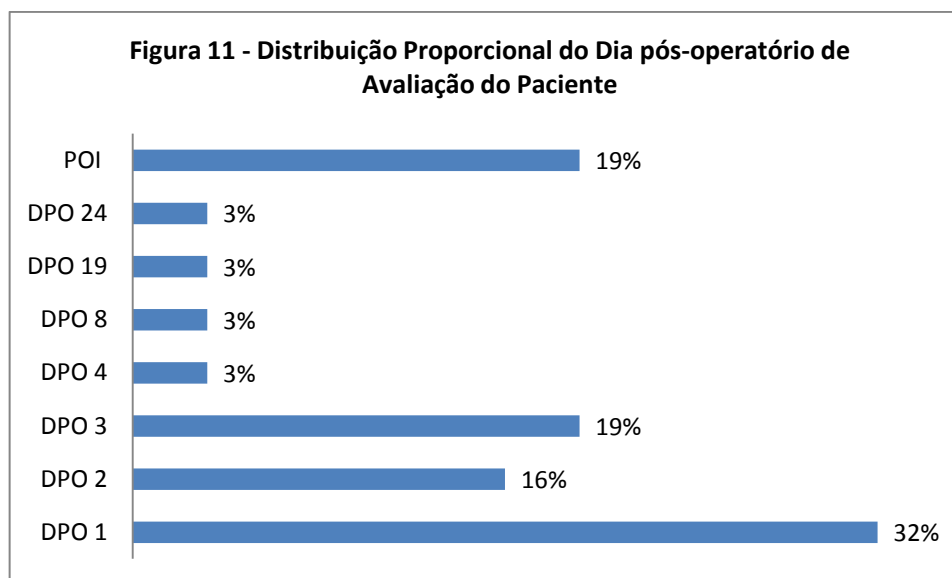
Para 84% (n=26) da amostra não foi realizada uma segunda cirurgia. No entanto, em 10% (n=3) foi realizada laparotomia exploradora (reabordagem), em 3% (n=1) toracotomia exploradora e em 3% (n=1) drenagem de tórax direito, portanto 16% (n=5) da amostra foi submetida a uma segunda cirurgia (Figura 9).



Em relação ao tipo de anestesia realizada nos procedimentos cirúrgicos, em 45% (n=14) dos pacientes foi realizada a anestesia geral inalatória, em 39% (n=12) dos pacientes foi realizada a anestesia geral mista (combinação de agentes administrados por via inalatória com agentes administrados por via endovenosa) e em 32% (n=10) dos pacientes não constava em formulário o registro a cerca do tipo de anestesia. O número de anestésias é maior do que a amostra tendo em vista que 16% (n=5) dos pacientes foram submetidos a dois procedimentos cirúrgicos (Figura 10).



Em se tratando do dia pós-operatório em que os pacientes foram avaliados, 32% (n=10) da amostra foi avaliada no primeiro dia pós-operatório (DPO 1), 19% (n=6) no terceiro dia pós-operatório (DPO 3), 19% (n=6) no período pós-operatório imediato (POI), 16% (n=5) no segundo dia pós-operatório (DPO 2) e os outros 12% (n=4) foram distribuídos igualmente nos dias pós-operatórios 4 (DPO 4), 8 (DPO 8), 19 (DPO 19) e 24 (DPO 24) sendo que não foi realizada padronização para o dia de obtenção dos dados (Figura 11).

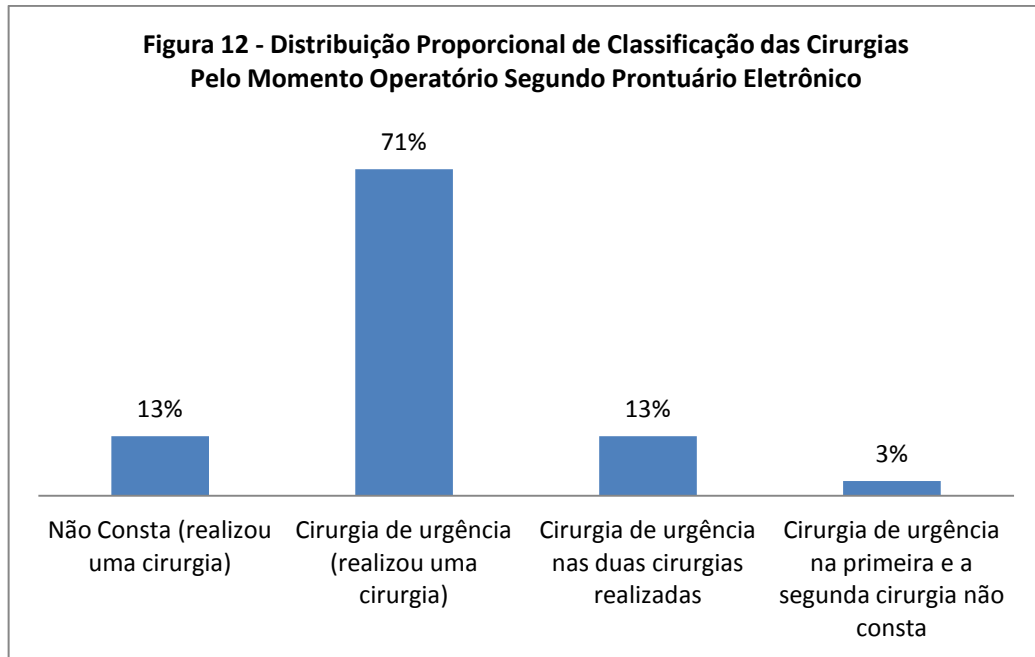


Em média os pacientes que foram submetidos a uma cirurgia foram avaliados 3,87 dias após, enquanto que para aqueles submetidos à segunda cirurgia a avaliação ocorreu 1,25 dias após. (Tabela 2).

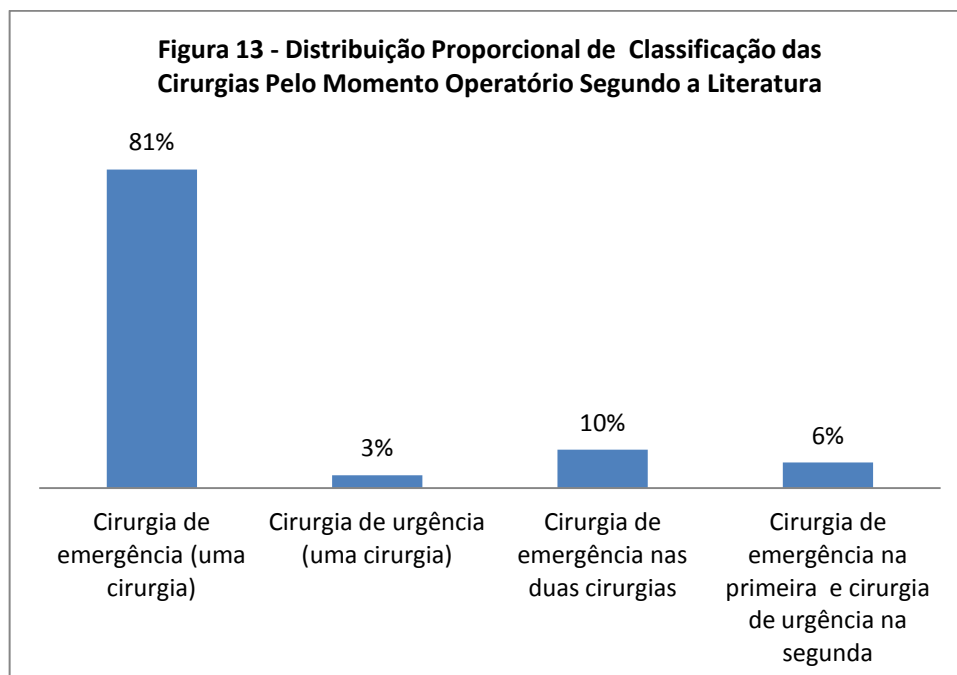
Tabela 2 - Média do Dia pós-operatório de Avaliação do Paciente após a Primeira e Segunda Cirurgias, em dias

Variáveis	Média
Dia pós-operatório de Avaliação da Primeira Cirurgia	3.87
Dia pós-operatório de Avaliação da Segunda Cirurgia	1.25

Quanto a classificação da cirurgia pelo momento operatório, e segundo os registros em prontuário eletrônico, para os pacientes que foram submetidos a uma cirurgia o procedimento foi classificado como de urgência em 71% (n=22) dos casos e não houve registro em 13% (n=4). Para os pacientes que foram submetidos a duas cirurgias o procedimento foi classificado como de urgência em 13% (n=4) dos casos, e para 3% (n=1) a primeira cirurgia foi classificada como de urgência e não houve registro quanto a segunda cirurgia (Figura 12).

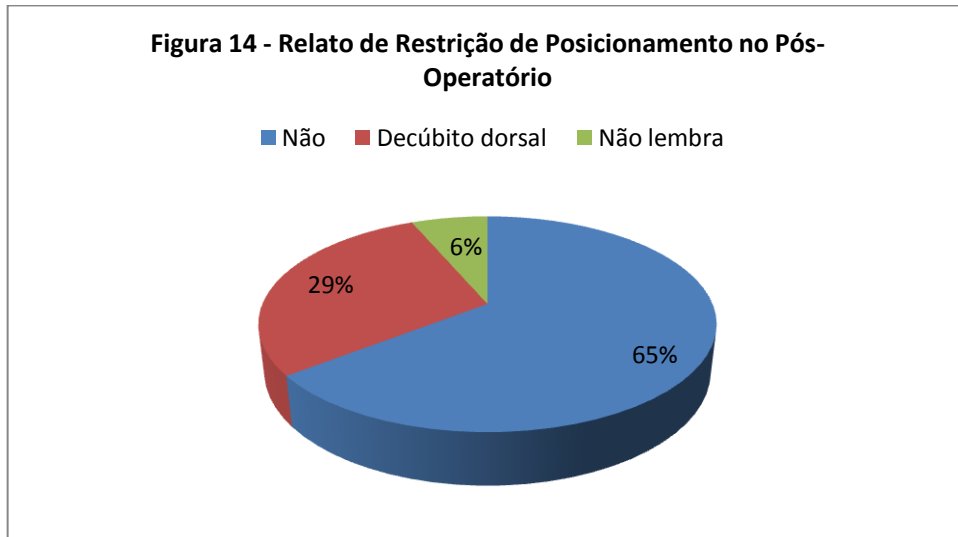


Em relação a classificação das cirurgias pelo momento operatório segundo a literatura 81% (n=25) dos pacientes foram submetidos à cirurgia de emergência (dentre os que foram submetidos à uma cirurgia), 10% (n=3) foram submetidos à cirurgia de emergência nos dois procedimentos realizados, 6% (n=2) foram submetidos à cirurgia de emergência na primeira e de urgência na segunda cirurgia e 3% (n=1) dos pacientes foram submetidos à cirurgia de urgência (apenas uma cirurgia) (Figura 13).

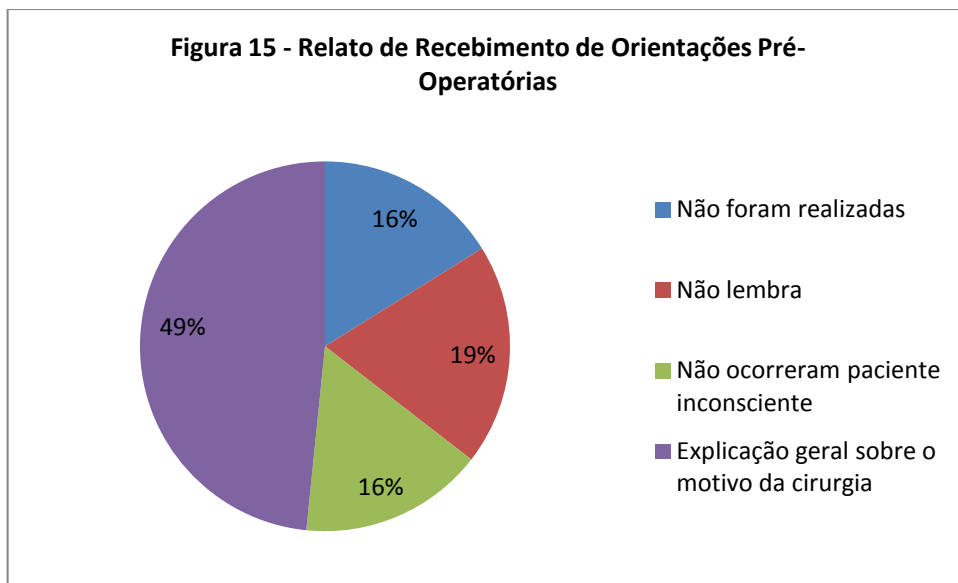


A restrição de posicionamento foi considerada neste estudo como a manutenção da mesma posição durante o período de internação relatada pelos pacientes como tendo sido

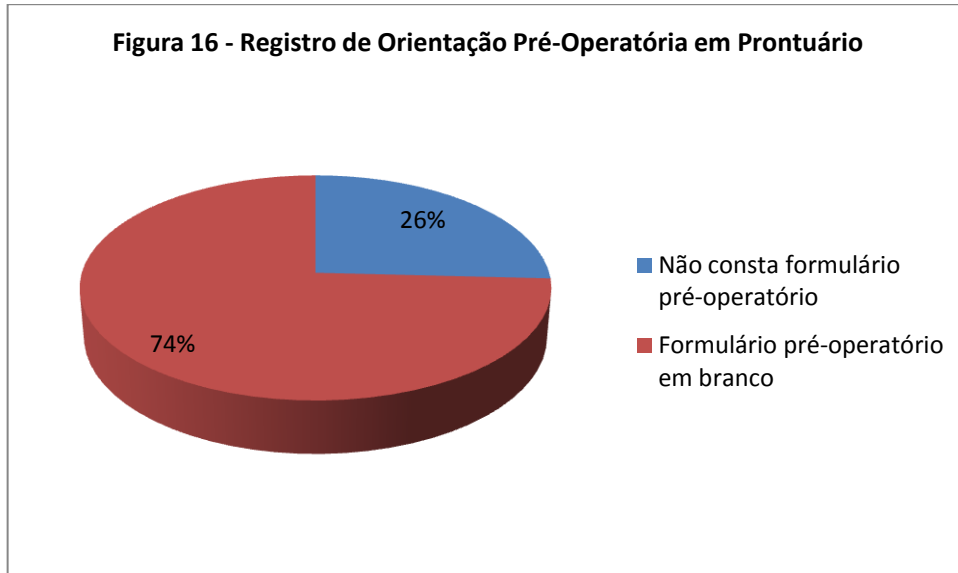
orientada por profissional de saúde. Quanto ao relato do paciente de restrição de posicionamento no pós-operatório, para 65% (n=20) não houve restrição, para 29% (n=9) houve restrição e os pacientes foram orientados a permanecer apenas em decúbito dorsal e 6% (2) relataram não lembrar (Figura 14).



Em relação as orientações pré-operatórias 49% (n=15) dos pacientes relataram ter recebido explicação geral sobre o motivo da cirurgia, 19% (n=6) dos pacientes não lembraram se as orientações foram realizadas, 16% (n=5) relataram que as orientações não foram realizadas, e para 16% (n=5) as orientações não ocorrem pois estavam inconscientes (Figura 15).



Quanto ao registro de orientação pré-operatórias em prontuário, para 74% (n=23) dos casos o formulário pré-operatório se encontrava em branco, e para 26% (n=8) não constava formulário pré-operatório em prontuário (Figura 16).



6.3- Avaliação dos Pacientes Segundo Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Quanto a Escala Hospitalar de Ansiedade de Depressão, 61% da amostra (n=19) obtiveram pontuação inferior a 8 e foram classificados como sem ansiedade, 39% (n=12) obtiveram pontuação superior a 8 e portanto foram classificados com ansiedade, sendo que destes 23% (n=7) foram classificados como casos possíveis por atingir pontuação superior a 8 e 16% (n=5) foram classificados como casos prováveis por atingir pontuação superior a 11, nenhum paciente foi classificado como possuindo distúrbios graves (pontuação superior a 15) (Tabela 3).

Com relação a depressão 77% (n=24) da amostra obteve pontuação inferior a 8 de acordo com a Escala utilizada e portanto foram classificados como sem depressão, 23% (n=7) dos pacientes obtiveram pontuação superior a 8 e foram classificados com depressão, sendo que destes 16% (n=5) atingiram pontuação acima de 8 e foram classificados como casos possíveis de depressão e 6% (n=2) foram classificados como casos prováveis com pontuação superior a 11, nenhum paciente foi classificado como possuindo distúrbios graves (pontuação superior a 15) (Tabela 3).

Além disso, dentre a amostra que foi classificada com ansiedade 39% (n=12), 33% (n=4) apresentaram também depressão. Dos 23% (n=7) que foram classificados com depressão, 57% (n=4) também apresentaram ansiedade. Portanto, os dados sugerem que 4 pacientes apresentaram ansiedade e depressão em conjunto perfazendo 13% da amostra.

Tabela 3 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

	n	Percentual
HADS-A		
Com Ansiedade	12	39%
Casos Possíveis	7	23%
Casos Prováveis	5	16%
Distúrbios Graves	0	0%
Sem Ansiedade	19	61%
HADS-D		
Com Depressão	7	23%
Casos Possíveis	5	16%
Casos Prováveis	2	6%
Distúrbios Graves	0	0%
Sem Depressão	24	77%
Total da Amostra	31	100%

7- DISCUSSÃO

O presente estudo buscou identificar ansiedade e depressão no período pós-operatório em pacientes que sofreram violência associada a danos físicos e foram submetidos a tratamento cirúrgico.

Segundo Waiselfisz (2014) no ano de 2011, dos óbitos na faixa etária jovem da população (de 15 aos 29 anos) 71% foram por causas externas que é considerada a soma dos óbitos por acidente de transporte, homicídio e tentativa de auto-extermínio, sendo os homicídios a primeira causa entre as causas externas. Ainda segundo Waiselfisz (2014) em relação a taxa de homicídios por 100 mil jovens o Distrito Federal se encontra na 10ª colocação entre as Unidades Federativas com 74,5, além disso o Brasil ocupa a 8ª posição dentre os 95 países membros da Organização Mundial de Saúde em se tratando de homicídios na população jovem. Podemos observar então a importância da violência como causa de óbito na população jovem do país.

Os dados disponíveis nos Sistemas de Informação de Mortalidade e de Internações Hospitalares, embora úteis, não captam a maioria das vítimas de acidentes e violência. Dessa forma, não fornecem subsídios plenos para o planejamento da assistência a tais agravos. Tal limitação é um dos argumentos que fomentam a instituição de um Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência capaz de captar a vítima, assim como as informações relativas a ela e ao agravo, em qualquer etapa de seu percurso no sistema de saúde (MARCHESE; SCATENA; IGNOTTI, 2008, p. 655).

Neste trabalho observou-se que a maior parte da amostra 87% era do gênero masculino e na faixa etária de 18 a 28 anos (45%). Abramovay et al. (2002) demonstraram os jovens de sexo masculino de 15 a 24 anos como o grupo mais atingido pela violência, fato que teria relação com a vulnerabilidade social, são jovens que muitas vezes estudam e trabalham, ou abandonam os estudos para trabalhar e que enfrentam elevado percentual de desemprego. Essa questão pode estar atrelada a fatores culturais relacionados ao gênero onde o indivíduo do sexo masculino durante sua criação é estimulado a demonstrar sua masculinidade por meio de atos muitas vezes violentos e desencorajado a demonstrar suas emoções dentre outras características que podem favorecer o comportamento agressivo em pessoas do gênero masculino.

Quanto a religião 35% da amostra se declarou católico e 35% evangélico e com relação ao estado civil o que predominou foram os solteiros com 58%, mais da metade da amostra 61% tem até o ensino fundamental completo e 42% nasceram no Centro-Oeste sem especificação de Estado. Com relação a ocupação ocorreu uma grande variedade com predominância de profissões que não exigem elevado nível de escolaridade, sendo que o desemprego foi predominante com 19%.

Por sua vez os dados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2013) demonstraram um perfil com algumas diferenças e semelhanças em relação ao que foi obtido no estudo, quanto à religião a maioria da população da cidade de Ceilândia declarou ser católica totalizando 57,99%, em se tratando do estado civil existe predomínio de solteiros na região com o percentual de 40,46%, a maioria da população dessa cidade nasceu no Distrito Federal totalizando 51,73% e tem o ensino fundamental incompleto 38,11%, apenas 4,70% da população concluiu o curso superior, incluindo especialização e mestrado, sendo que 98,52% declararam não realizar atividade extracurricular. Como mencionado anteriormente, quanto à atividades de lazer como frequentar cinemas, teatro, parques e praticar esportes a maioria da população de Ceilândia declarou não realizá-las. Com relação a cor 53,32% dos moradores de Ceilândia relataram possuir cor parda/mulata.

Com relação a escolaridade foi observado que a população da amostra demonstrou ter uma escolaridade superior à média da população da Ceilândia, dado que mostra que a população da amostra predominantemente jovem pode ter procurado mais qualificação, em busca de melhores oportunidades no mercado de trabalho.

Desde o início da fundação da cidade de Ceilândia ocorre a migração das pessoas de outros estados para essa região, atualmente esse movimento continua, e na amostra tem-se predomínio de pessoas nascidas na região nordeste. A Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2013) traz entre os dois principais motivos da migração para o Distrito Federal a busca por emprego e o acompanhamento de parentes.

Ainda segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2013) quanto à ocupação, o setor terciário emprega 91,46% da população remunerada, sendo que 57,31% possuem carteira assinada, 6,94% estão desempregados, 11,21% estão aposentados, 63,43% da população em idade ativa não contribui com a previdência e 36,88% trabalham em Ceilândia.

Na amostra estuda ocorreu um elevado percentual de desemprego e a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2013) demonstrou um percentual bem menor ou seja a maioria da população do local possui uma ocupação remunerada, destoante do retratado no presente estudo, as reduzidas condições socioeconômicas são condições de vulnerabilidade que podem se tornar fator gerador da violência. Em se tratando da ocupação o setor terciário é o maior empregador tanto segundo a CODEPLAN (2013) quanto na amostra do estudo.

Santos et al. (2008) demonstraram que a maioria das vítimas de violência retradas em seu estudo sobre caracterização dos atendimentos em pronto-socorro de um hospital universitário no Rio Grande do Sul estava em situação de desemprego.

Analisando a literatura, diversos artigos vão de encontro com as informações observadas na amostra quando se trata do perfil das vítimas de violência, estes trabalhos ocorreram em diferentes estados do Brasil, o que mostra que o perfil dessas vítimas não varia muito em território nacional.

Mascarenhas e Pedrosa (2008) realizaram um estudo sobre atendimentos de emergência por violência em Terezina (Piauí) e com relação ao perfil das vítimas a maioria era do sexo masculino, com idade entre 20 e 29 anos, tendo 5 a 8 anos de estudo, a agressão física foi o tipo predominante de violência sendo que houve suspeita de ingestão de álcool entre as vítimas em quase metade dos casos.

Segundo Galduróz e Caetano (2004) o uso do álcool na vida atinge 68,7% da população, percentual que praticamente se mantém nas diferentes faixas etárias.

Santos et al. (2008) trouxeram o seguinte perfil de vítimas de acidentes e violências de um pronto-socorro no Rio Grande do Sul, a maioria era do sexo masculino pertencente a faixa etária de 20 a 30 anos, em se tratando da escolaridade a maior parte tinha ensino fundamental incompleto, quanto a ocupação a maioria era desempregada ou não trabalhava por ser jovem estudante, em relação a ocorrência que trouxe as vítimas ao serviço hospitalar os acidentes de trânsito foram a maioria seguidos por acidentes domésticos e violência física sendo que a maioria da população da amostra era residente no município de localidade do serviço hospitalar.

Em se tratando do local de moradia a maior parte da amostra do presente estudo reside em Ceilândia, cidade em que se encontra o Hospital Regional de Ceilândia onde foi

realizado o estudo, um dado que chama a atenção foram os pacientes que residiam no entorno do Distrito Federal mais precisamente em Água Lindas de Goiás, ocorrência que pode estar relacionada com a falta de assistência à saúde nessa cidade, pois segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2009) a cidade não possui estabelecimentos de saúde com atendimento de Emergência Clínica, assim como estabelecimentos de saúde com atendimento de Emergência Cirúrgica.

Um estudo realizado por Oliveira et al. (2013), traça um perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas no Ceará com a predominância de pessoas do sexo masculino, com idade entre 11 e 29 anos, solteiros e que não concluíram o ensino fundamental, a maioria não trabalhava ou era desempregado, com relação ao tipo de substância utilizada o crack foi a primeira seguida pelo álcool.

O consumo de crack vem aumentando, o que se torna preocupante considerando a facilidade e agilidade de aquisição da substância segundo Oliveira et al. (2013).

Em se tratando do tabagismo segundo Malta et al. (2010) vem ocorrendo uma redução no número de fumantes no Brasil nas últimas décadas.

A associação entre o ingestão de substâncias como álcool e crack e episódios violentos pode estar relacionada com as alterações no organismo provenientes deste consumo e ainda segundo Oliveira et al. (2013) tal uso traz diversos malefícios tanto psíquicos quanto orgânicos a saúde desse indivíduos, outro fato importante é a realização de furtos para sua aquisição e o envolvimento em conflitos e brigas.

Com relação às causas que levaram a hospitalização, foi possível observar o aparecimento de outros tipos de violência que não foram encontrados na amostra pesquisada, mas sempre com a presença das duas primeiras causas observadas no estudo, perfuração por arma branca e por arma de fogo, essa questão pode estar relacionada ao perfil de cada população.

Mascarenhas e Pedrosa (2008) em seu estudo citado anteriormente trouxeram dentre as causas da violência a principal como agressão física, seguida pelos ferimentos com objetos cortantes, agressão verbal, por objetos contundentes e perfuração por arma de fogo.

Por sua vez Santos et al. (2008) demonstrou entre as ocorrências que levaram à hospitalização a primeira causa como acidentes de trânsito seguida pelos acidentes domésticos, violência física e acidentes de trabalho.

Em retrospectiva realizada entre vítimas de arma branca e arma de fogo que foram assistidas no Hospital Universitário de Maringá, Fagundes et al. (2007), demonstraram uma maior ocorrência de vítimas de arma branca.

Marchese, Scatena e Ignotti (2008) trouxeram que entre as vítimas de violência atendidas por um serviço de emergência no estado de Mato Grosso ocorreu predominância dos acidentes de transporte seguidos por quedas, outros acidentes, agressões e tentativa de suicídio. Dentre os outros acidentes foram predominantes os cortes, perfurações lacerações e fraturas, das agressões as principais foram por objeto cortante e agressão física, quanto as tentativas de suicídio, todas foram por envenenamento ou intoxicação.

O presente estudo mostrou como principal motivo da realização do procedimento cirúrgico, perfuração por arma branca que se encontra dentre os outros estudos citados, esta questão pode estar relacionada aos altos níveis de violência que atingem a cidade de Ceilândia, ressaltando que não se pode restringir apenas aos índices apresentados por Ceilândia considerando que 33% da amostra vive em Águas Lindas de Goiás e o entorno do Distrito Federal como um todo também apresenta níveis elevados de violência

O tipo de cirurgia variou de acordo com a região anatômica atingida pelo agravo com predominância da laparotomia exploradora e outras, essa designação foi utilizada nas ocasiões em que os pacientes além de serem submetidos a laparotomia exploradora também realizaram outros procedimentos como drenagem de tórax durante o mesmo procedimento cirúrgico. Diversos estudos também trouxeram a laparotomia como primeiro tipo de cirurgia realizada.

Na retrospectiva feita por Fagundes et al. (2007) dos ferimentos por arma de fogo e arma branca, toda a amostra vítima de arma de fogo foi submetida a laparotomia exploradora, das vítimas de perfuração por arma branca a maioria também foi submetida a laparotomia exploradora.

Segundo Zandomenighi, Martins e Mouro (2011) em seu estudo sobre ferimento por arma de fogo a grande maioria da amostra que necessitou ser submetida a um procedimento cirúrgico realizou laparotomia.

Uma questão que se deve levar em conta é a ocorrência de incapacidades nas vítimas de ferimento por arma de fogo segundo Zandomenighi, Martins e Mouro (2011). Portanto é importante lembrar que esses pacientes apresentam diversas e específicas necessidades de cuidado, não apenas o aspecto emocional.

Em seu estudo sobre ansiedade no pós-operatório Peniche et al. (1999) demonstraram que 72% da amostra foi submetida a anestesia geral e 27,3% anestesia regional, sem especificação se geral mista ou inalatória. No presente estudo, a maior parte da amostra foi submetida a anestesia geral inalatória. O tipo da anestesia está relacionado com o procedimento cirúrgico realizado, no caso da amostra estudada a maioria das cirurgias foram laparotomias sendo indicada a anestesia geral.

Com relação ao dia pós-operatório de avaliação do paciente, ocorreu variação considerando que a amostra foi por conveniência e não foi objetivo deste estudo verificar a existência de algum tipo de relação entre o dia da avaliação no período pós-operatório e os níveis de ansiedade e depressão.

Segundo a literatura, cirurgia de emergência é aquela para a qual é preciso ser realizada uma intervenção rapidamente levando em consideração o estado grave do paciente, entre os exemplos temos ferimentos por arma de fogo e arma branca. A cirurgia de urgência é aquela que também exige intervenção, mas que não necessita ser imediata, podendo ocorrer dentro de 24 a 30 horas, entre os exemplos temos queimaduras extensas. A cirurgia eletiva é aquela em que o procedimento é necessário, mas pode ser programado com antecedência, entre os exemplos temos cirurgia de hérnia simples (MORAES e CARVALHO, 2007; SMELTZER et al., 2009).

Em se tratando da classificação da cirurgia pelo momento operatório, segundo os registros em prontuário eletrônico, foi possível notar que há divergências em relação à literatura consultada e os registros em prontuário da amostra estudada. O motivo de tal divergência não foi investigado neste estudo. Uma possível explicação é que na maioria dos

casos o local do prontuário onde esse dado foi obtido refere-se ao trans-operatório e não ao período pré-operatório, o que talvez não reflita a avaliação pré-operatória realizada.

Neto, Thomson e Cardoso (2005) realizaram um estudo sobre complicações respiratórias no pós-operatório, e segundo eles a classificação da cirurgia não apresentou diferença estatisticamente significativamente, para o desenvolvimento principalmente de complicações respiratórias.

A imobilidade no leito pode levar a complicações como úlcera de pressão e tromboembolismo, também o tempo de imobilização é considerado fator de risco para o desenvolvimento de tromboembolismo venoso (RASSAM et al., 2009; PERRONE et al., 2011). Porém dentre os pacientes da amostra estudada, nenhum apresentou alguma dessas complicações, a maioria era capaz de se movimentar e locomover, é importante evitar que as complicações ocorram e neste caso a assistência de enfermagem deve considerar tais riscos. Nestas situações é importante que para o planejamento da assistência de enfermagem seja considerado que a imobilidade associada ou não a complicações físicas pode ser fator de agravamento ou mesmo desencadeador de estresse e ansiedade.

Com relação às orientações pré-operatórias Kiyohara et al. (2004) sugerem que elas podem reduzir os níveis de ansiedade.

A classificação da cirurgia segundo o momento operatório tem influência direta no tipo e qualidade das orientações pré-operatórias considerando o tempo que os profissionais de enfermagem terão para realização destas. Em se tratando das características dos procedimentos e dos pacientes neste estudo, percebe-se que o tempo para tal preparo pode ser menos significativo do que a necessidade de manutenção da vida numa situação grave como são os ferimentos por arma branca e arma de fogo. Essa questão pode ser observada também através dos dados que trazem a falta de registros das orientações no período pré-operatório. O registro faz parte da assistência de enfermagem prevista em legislação e componente essencial para garantir a continuidade do cuidado. Nos casos da amostra estudada o registro e orientações no período pós-operatório são fundamentais, pois atenderiam uma lacuna ocorrida no período pré-operatório que ocorreu não devido à falha na assistência, mas devido à condição de emergência.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) é considerada uma das melhores ferramentas tanto para avaliação como para detectar casos novos, e foi traduzida para diversas línguas tanto da região ocidental quanto oriental (MATERS, 2013).

Botega et al. (1995), em seu estudo de adequação e validação da Escala de Ansiedade e Depressão realizado em enfermaria de clínica médica, consideraram a HADS funcional como instrumento de investigação de assintomáticos na busca de transtornos de humor (ansiedade e depressão) inclusive nos casos de comorbidades físicas. A sensibilidade da parte da escala referente a ansiedade foi de 93,7 %, a da parte referente a depressão foi de 84,6%, a especificidade foi de 72,6% na parte da escala referente a ansiedade, enquanto que na parte referente a depressão foi de 90,3%.

Com relação ao percentual de casos Botega et al. (1995) encontraram 20,5% de casos de ansiedade e 33% de casos de depressão. Em seu estudo onde foi aplicada a escala HADS a uma amostra de pacientes com dor crônica Castro et al. (2006) demonstraram que 61% dos pacientes apresentaram ansiedade e 46,2% apresentaram depressão, dos que apresentaram depressão 90,5% eram ansiosos e dos que apresentaram ansiedade 62,3% também apresentaram depressão.

Na amostra pesquisada diferente dos resultados de Botega et al. (1995), foram encontrados mais casos de ansiedade 39% do que de depressão 23%, essa diferença pode estar relacionada a população estudada, pois pacientes internados em clínica médica apresentam um perfil bastante diferente do perfil observado no presente estudo. Os resultados de Castro et al. (2006) por sua vez corroboram o que foi obtido no presente estudo com maior percentual de pacientes que apresentaram ansiedade sendo que eles encontraram valores ainda maiores nos percentuais tanto de ansiedade quanto de depressão. Este fato, embora não possa ser correlacionado com o perfil de nossa amostra, também tem relação com o perfil de pacientes estudados, sabidamente pacientes com dor crônica apresentam altos índices de ansiedade e depressão (CASTRO, et al. 2011). Por outro lado, pouco se sabe acerca dos níveis de ansiedade e depressão em população que sofreu violência e cujo tratamento envolveu abordagem cirúrgica. De fato, no Brasil não há estudos analisando esta situação e considerando-se a situação mundial, foram encontrados três estudos.

O estudo de Zazzali et al. (2007), realizado nos Estados Unidos demonstrou que dentre pacientes que sofreram lesão orofacial, a violência foi a principal causa e dentre as sequelas desenvolvidas em decorrência do evento as principais foram a ansiedade, depressão e problemas jurídicos. Em estudo realizado com vítimas de queimadura por ácido em Bangladesh, Mannan et al. (2006), verificaram que esses pacientes apresentaram altos índices de ansiedade e depressão.

Com relação a vítimas de violência doméstica que receberam atendimento médico na Alemanha, dentre os sintomas psicológicos os mais frequentes foram ansiedade e depressão seguidas por tentativa de auto-extermínio (BRZANK et al., 2004). Dentre os estudos citados todos trazem a ansiedade e depressão como principais acometimentos em pacientes vítimas de violência, o que salienta a importância de seu rastreamento, possível através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, e posterior atendimento das necessidades destas vítimas.

Bjelland et al. (2002) em revisão realizada, encontraram correlação entre as duas partes da escala, ocorrência previsível considerando a comorbidade entre as duas doenças, outro achado importante foi que todos os estudos analisados na revisão apresentaram consistência interna, além disso foi considerado que a HADS tem efetividade em detectar transtornos de humor em pacientes com doenças pré-existentes assim como em pessoas da população em geral.

Diversos estudos trazem a Escala de Ansiedade e Depressão como instrumento confiável e efetivo na identificação de possíveis transtornos de humor.

Com relação a apresentação dos dois agravos concomitantemente, Castro et al. (2006), observaram que uma parcela significativa de pacientes apresentaram depressão e ansiedade, no presente estudo foi verificado que dos 23% com depressão, 57% apresentaram também ansiedade, enquanto que dos 39% com ansiedade 33% apresentaram também depressão, valores inferiores em relação aos apresentados pelo estudo de Castro et al. (2006) citado anteriormente.

Dentro da estratificação dos casos tanto na parte da escala referente a ansiedade quanto da referente a depressão obtivemos os casos possíveis como maioria.

Ainda segundo Botega et al. (1995) os transtornos do humor leves foram maioria, e não foi possível diferenciar os casos agudos dos casos crônicos, um ponto importante é que a utilização da escala pode trazer a tona transtornos de humor que não foram percebidos anteriormente. Desta forma, no presente estudo não é possível fazer uma relação direta do evento de violência e seu tratamento cirúrgico com os índices encontrados. Assim como ocorreu no estudo de Botega et al. (1995), também não foi possível diferenciar se os casos eram agudos ou crônicos. Ressalta-se, no entanto, que independente da condição identificada ser aguda ou crônica, relacionada direta ou indiretamente ao episódio de violência, é importante que a equipe de Enfermagem estabeleça critérios para direcionar a assistência às reais necessidades dos pacientes.

Segundo Peniche et al. (1999) durante o pós-operatório a ansiedade relacionada ao procedimento anestésico-cirúrgico pode gerar ou exacerbar manifestações clínicas como taquicardia ou aumento da pressão arterial. Nesse momento o olhar atento da enfermagem é relevante, tanto aos aspectos clínicos como emocionais do paciente.

A manutenção de vínculo com alguém ou algum profissional do período pré-operatório até o período pós-operatório pode colaborar para que os níveis de ansiedade se mantenham estáveis, situações vividas anteriormente também podem levar a mudanças no nível de ansiedade (PENICHE et al., 1999).

Segundo Peniche e Chaves (2000) as ações de enfermagem em relação a ansiedade envolvem principalmente uma avaliação emocional efetiva. Sendo que a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão poderia então ser utilizada como ferramenta para essa avaliação emocional, considerando sua validade comprovada por diversos estudos.

A avaliação emocional do paciente comumente não é o ponto mais relevante da assistência de enfermagem dirigida ao paciente cirúrgico, principalmente porque as características do atendimento e perfil de pacientes cirúrgicos exigem da equipe a valorização da avaliação clínica e resolução rápida de problemas que possam colocar em risco a vida e a recuperação dos indivíduos; mas também se pode mencionar a deficiência de quadro de funcionários ou a superlotação das unidades, o que demanda dos profissionais essencialmente o atendimento de prioridades referentes ao âmbito cirúrgico. Porém considerando-se a assistência de qualidade, a abordagem holística é fundamental.

Greene et al. (2009) trouxeram em seu estudo que a depressão e a função executiva reduzida no pré-operatório são fatores de risco para o delírio pós-operatório em pacientes idosos que realizaram procedimento cirúrgico não cardíaco.

“Funções executivas (FE) referem-se à capacidade de engajamento em comportamento orientado a objetivos, realizando ações voluntárias e auto-organizadas”. (CAPOVILLA; ASSEF; COZZA, 2007, p. 51).

Outro estudo de Amaro, Yazigi e Erwenne (2006) envolvendo pacientes com melanoma uveal, analisou os níveis de depressão em vários momentos durante o curso da doença dentre eles o pré e o pós-operatório, sendo que ocorreu aumento no nível de depressão no pós-operatório em 18 pacientes, o que nesse caso pode estar relacionado ao fato da remoção do globo ocular, e não com o procedimento cirúrgico por si.

Em sua revisão a respeito de violência e saúde mental Ribeiro et al. (2009), trouxeram entre os problemas de saúde mental relacionados com a violência uma gama de distúrbios, dentre os estudos com população geral os distúrbios encontrados com maior frequência foram o transtorno de estresse pós-traumático e os transtornos mentais comuns, em suma o contato com a violência está fortemente relacionado ao aparecimento de transtornos mentais.

Portanto a ansiedade e depressão apresentada pelos pacientes da amostra pode estar relacionada tanto a violência sofrida, quanto a questões relacionadas a realização do procedimento cirúrgico que também podem levar ao desenvolvimento principalmente de ansiedade.

Ribeiro et al. (2009) trazem também que mulheres que sofreram violência doméstica no Brasil tem mais chances de desenvolver transtornos mentais comuns em comparação à mulheres que não sofreram esse tipo de violência; as mulheres também desenvolvem mais problemas de saúde mental quando expostas a situações traumáticas que os homens.

No presente estudo a grande maioria da amostra foi do gênero masculino, por isso não foi possível estabelecer uma relação entre os gêneros, como demonstrado anteriormente, em outros estudos a maioria também foi masculina, o que pode estar relacionado ao tipo de violência predominante na amostra e ao seu perfil sócio-demográfico.

Outra questão que deve ser levada em conta é a resiliência como fator protetor para a ocorrência de problemas de saúde mental em vítimas de violência. Segundo Ribeiro et al. (2009) estratégias de combate a violência poderiam reduzir casos de problemas de saúde mental provenientes dessa causa.

“A resiliência é a capacidade de retornar ao estado emocional anterior, após sofrer experiência de estresse” (CHRISPINO; GONÇALVES, 2013, p. 821). E o enfermeiro pode estimular a ocorrência do processo de resiliência (LABRONICI, 2012). Nesse sentido a resiliência pode ter levado a ocorrência de valores mais baixos nos escores para classificação dos pacientes, considerando as características sócio-demográficas da população da amostra pode-se inferir um aumento na resiliência.

Segundo Guedes, Fonseca e Egry (2013), no contexto da Estratégia de Saúde da Família, tanto as consultas médicas como de enfermagem foram consideradas o principal meio pelo qual se constatou a violência, em se tratando de violência relacionada ao gênero. Portanto a realização de uma consulta de enfermagem pode revelar a ocorrência de violência e com ela a necessidade de uma assistência voltada para a questão.

Por isso, desvelar a violência no interior dos serviços de saúde é fundamental para sua compreensão, o que exige transformação de saberes e práticas, reconhecimento e responsabilização de serviços como coletivos de atenção em saúde e de profissionais, para além do técnico, como cidadãos comprometidos com deveres de cidadania na luta contra as práticas inaceitáveis de violência (COSTA; LOPES, 2012, p. 1094).

8- CONCLUSÕES

- O perfil dos pacientes demonstrou a elevada ocorrência de indivíduos do gênero masculino, na faixa etária de 18 a 28 anos, provenientes da região nordeste, moradores de Ceilândia, além de uma elevada taxa de desemprego, e baixa escolaridade.

- Dentre os motivos da realização do procedimento cirúrgico o principal foi perfuração por arma branca, a cirurgia de maior ocorrência foi a laparotomia exploradora, e classificação da cirurgia mais frequente em relação ao momento operatório foi urgência.

- Quase metade da amostra recebeu orientações no pré-operatório apesar das cirurgias serem de emergência/urgência, onde sabidamente o preparo pré-operatório é diferenciado devido às características do procedimento.

- Foram verificados os níveis de ansiedade e depressão por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, que demonstraram a ocorrência destes agravos na amostra em estudo, tanto de forma independente quanto concomitantemente.

- A realização da avaliação emocional do paciente pelo enfermeiro ou equipe de enfermagem pode levar ao encaminhamento desse paciente para a assistência qualificada.

- A violência é um mal que atinge não apenas a cidade de Ceilândia como todo o Brasil, seus níveis crescentes preocupam tanto a população quanto governos, a assistência qualificada e de excelência para os sobreviventes desta, pode ser uma ferramenta que favorece sem dúvida uma recuperação mais eficaz dos pacientes além de ser uma ferramenta para quebrar o ciclo da violência.

- A enfermagem além de seu papel assistencial, por meio de seu contato direto e contínuo com paciente pode ser capaz de detectar alterações emocionais do paciente, onde se insere a importância da equipe de saúde com abordagem inter ou transdisciplinar e a possibilidade da utilização da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão para detectar possíveis distúrbios e lidar com essas vítimas que tem diversas necessidades.

- Além disso, este estudo sugere a necessidade de inclusão de conteúdos que tratem acerca da violência na formação de graduação. Levando à aquisição de um olhar mais

amplo com relação as necessidades do paciente que vão muito além dos danos físicos, fornecendo desta forma, subsídios para o cuidado integral de fato.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. et al. **Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: Desafios para Políticas Públicas**. UNESCO. Brasília, 2002. 192p.

AMARO, T. A. C.; YAZIGI, L., ERWENNE, C. Aspectos psicológicos e qualidade de vida em pacientes com melanoma uveal durante o processo de tratamento por remoção do bulbo ocular. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 69, n. 6, p. nov./dec. 2006.

BJELLAND, I. et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review. **Journal of Psychosomatic Research**, Norway, v. 52, n. 2, p. 69-77, feb. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005. 350 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, nº 96 seção 1E, de 18 de maio de 2001. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, 2010, 104 p.

BRASIL. Ministério de Estado da Saúde. Portaria Nº 104, de 25 de Janeiro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 2011. Seção 1, p. 37-37.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p.355-363, out. 1995.

BRZANK, P. et al. Domestic Violence Against Women: Negative Health Consequences and Need for Care-Results of an Inquiry among First-Aid-Patients. **Gesundheitswesen**. German, v. 66, n. 3, p. 164-169, mar. 2004.

CAPOVILLA, A. G. S; ASSEF, E. C. S.; COZZA, H. F. P. Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 51-60, jun. 2007.

CARNOCHAN et al. **Prevenção à Violência: Um convite à ação intersectorial**. Disponível em: < http://www.who.int/violenceprevention/project_groups/intersectoral_action_por.pdf >. Acesso em: 10 setembro 2012.

CASTRO, M. M. C et al. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 126-129, out./jun. 2011.

CASTRO, M. M. C. et al. Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em Pacientes com Dor Crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Bahia, v. 56, n. 5, p. 470-477, set/out. 2006.

CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Versão 2008. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> >. Acesso em: 28 março 2014.

CHESNAIS, J.C. A Violência no Brasil. Causas e recomendações políticas para a sua prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p.53-69. 1999.

CHRISPINO, A.; GONÇALVES, D. E. Políticas públicas sistêmicas para a redução da violência: a visão de futuro e a resiliência. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 81, p. 821-838, out./dez. 2013.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Pesquisa Distrital Por Amostra de Domicílios PDAD-2013**. Brasília, 2013. 66 p.

COSTA, M. C; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo v. 46, n. 5, p. 1088-1095, out. 2012.

FAGUNDES et al. Estudo retrospectivo de janeiro de 1998 a maio de 2005, no Hospital Universitário de Maringá, sobre ferimentos por arma branca e arma de fogo. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 29, n. 2, p.133-137, jul./dez. 2007.

FURLANETTO, L. M.; BRASIL, M. A. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852006000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 março 2014.

GALDUROZ, J. C. F.; CAETANO, R. **Epidemiologia do uso de álcool no Brasil**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 26, supl.1, p. 3-6, mai. 2004.

GARBOSSA, A. et al. Efeitos de orientações fisioterapêuticas sobre a ansiedade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, São José do Rio Preto, v.24, n.3, p. 359-366, jul./set. 2009.

GRENNE, N. H. et al. Measures of Executive Function and Depression Identify Patients at Risk for Postoperative Delirium. **Anesthesiology**, North Carolina, v. 110, n. 4, p. 788-795, apr. 2009.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. **Rev. esc. enferm.**, USP, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 304-311, abr. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Goiás » Águas Lindas de Goiás » Serviços de Saúde – 2009**. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=520025&idtema=5&search=goias|Águas-lindas-de-goias|servicos-de-saude-2009> >. Acesso em: 10 agosto 2014.

KIYOHARA et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. **Rev. Hosp. Clin.**, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 51-56, fev. 2004.

LABRONICI, L. M. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 625-632, jul./set. 2012.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “o olhar” da enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 419-431, abr./jun. 2005.

LIMA, M. A. D. S. et al. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 625-632, dez. 2009.

MALTA, D. C. et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 75-83, jan./fev. 2010.

MANNAN, A. et al. Psychosocial outcomes derived from an acid burned population in Bangladesh, and comparison with Western norms. **Burns.**, Bangladesh, v. 32, n. 2, p. 235-241. mar. 2006.

MARCHESE, V. S.; SCATENA, J. H. G.; IGNOTTI, E. Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviço de emergência. Município de Alta Floresta, MT (Brasil). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 648-659, dez. 2008.

MARCOLINO, J. A. M. et. al., Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudo Comparativo. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 157-166, mar./abr. 2007.

MASCARENHAS, M. D. M.; PEDROSA, A. A. G. Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.61, n.4, p. 493-499, jul./ago 2008.

MATERS, G. A. et al. Problems in Cross-Cultural Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale: “No Butterflies in the Desert”. **Plos One**, v.8, n.8, p. 1-11. aug. 2013.

MORAES, M. W.; CARVALHO, R. A inserção do centro cirúrgico na assistência à saúde. In: CARVALHO, R. A., BIANCHI E. R. F. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. 1. ed. Barueri: Manole, 2007. p. 1-21.

NETO, L. J.; THOMSON, J. C; CARDOSO, J. R. Complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgias eletivas e de urgência e emergência em um Hospital Universitário. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 41-47, jan./fev. 2005.

OLIVEIRA, E. N. et al. Caracterização da clientela atendida em Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas. **Rev Rene.**; Ceará, v. 14, n. 4, p. 748-756, jul. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual de avaliação de programas de prevenção da violência**. 1.ed. Brasília, 2010. 119 p.

PENICHE, A. C. G; CHAVES, E.C. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. **Rev.latinoam. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 45-50, jan. 2000.

PENICHE, A. de C. G. et al. A influência da ansiedade da resposta do paciente no período pós-operatório. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 391-403, dez. 1999.

PERRONE, F. et al. Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 24, n. 3, p. 431-438, mai./jun. 2011.

POLL, M. A; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W.D. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. **Acta Paul Enferm.**, Rio Grande do Sul, v.21, n.3, p. 509-514. 2008.

QUARANTINI, L. C. et al. Transtornos de humor e de ansiedade comórbidos em vítimas de violência com transtorno do estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 31, supl.2, p. S66-S76, out. 2009.

RASSAM, E. et al. Complicações tromboembólicas no paciente cirúrgico e sua profilaxia. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.41-44, jan./mar. 2009.

RIBEIRO, W. S. et al. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, supl.2, p. S49-S57, out. 2009.

SANTOS, J. L. G. et al. Acidentes e violências: caracterização dos atendimentos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Saude soc.**, São Paulo, v.17, n.3, p. 211-218, jul./set. 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA - Governo do Distrito Federal. **Serie Histórica Janeiro a Setembro por RA.** Disponível em: <<http://www.ssp.df.gov.br/estatisticas/serie-historica.html>>. Acesso em: 2 novembro 2013.

SILVA, A. A. C. et al. Qualidade de vida e trauma psíquico em vítimas da violência por arma de fogo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 558-565, jul./set. 2012.

SMELTZER, S. C. et al. Cuidado de Enfermagem Pré-Operatório. In: SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Suddart Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v.1, p. 402-420.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, Suppl. 0, p. 1211-1222, 2007.

VELLOSO, I. S. C. et al. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 466-471, jun. 2011.

ZAZZALI, J. L. et al. Provider Perceptions of Patient Psychosocial Needs After Orofacial Injury. **Oral Maxillofac Surg.**, United States of America v. 65, n. 8, p. 1584-1589, aug. 2007.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência: Os Jovens da América Latina 2008**. Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, Instituto Sangari, Ministério da Justiça. Primeira edição. Brasil, 2008. 117p.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência: Os Jovens do Brasil 2014**. Secretaria-Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Brasília, 2014. 183p.

ZANDOMENIGHI, R. C.; MARTINS, E. A. P.; MOURO, D. L. Ferimento por projétil de arma de fogo: um problema de saúde pública. **REME rev. min. enferm**; Paraná, v. 15, n. 3, p. 412-420, jul./set. 2011.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Dados de Identificação do Paciente

Iniciais do nome: _____ Idade: _____

Gênero: () Feminino () Masculino Religião: _____

Estado Civil: _____

Endereço: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Nível de Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Paciente Usuário de Substâncias Psicoativas: () Sim () Não () Sem registro
Qual? _____

Data de admissão: _____

Data da Avaliação: _____

Dados do Procedimento Cirúrgico

Motivo da realização da cirurgia: _____

Cirurgia realizada: _____

Local anatômico: _____

Dia pós-operatório: _____

Classificação da cirurgia:

- 1- Momento Operatório
 - a) Cirurgia de Emergência ()
 - b) Cirurgia de Urgência ()
 - c) Cirurgia Eletiva ()

Possui Formulário operatório em prontuário eletrônico () Sim () Não

Tipo de anestesia: _____

Restrição de posicionamento no pós-operatório () Sim () Não Qual? _____

Orientações no pré-operatório

O Paciente foi orientado no pré-operatório () Sim () Não

Quais foram as orientações fornecidas segundo paciente?

Orientações fornecidas segundo prontuário

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: “IDENTIFICAÇÃO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO EM PACIENTES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA E SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO”. O nosso objetivo é identificar ansiedade e depressão no período pós-operatório em pacientes que sofreram violência associada a danos físicos e foram submetidos a tratamento cirúrgico, estando internados na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Regional da Ceilândia.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através da realização de entrevista com perguntas abertas e também perguntas fechadas ou de múltipla escolha. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a o(a) senhor(a). Caso julgue prejudicial à sua integridade física, moral ou social, é possível se negar a fornecer qualquer informação.

Os resultados da pesquisa serão expostos para discentes, docentes e público interessado, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Prof^ª. Dr(a). Mani Indiana Funez na Universidade de Brasília– Faculdade de Ceilândia, telefone: (61)9668-6608 ou correio eletrônico: mani@unb.br.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO A: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará a equipe de saúde a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Raramente

D (6) Eu me sinto alegre:

0 () A maior parte do tempo

1 () Muitas vezes

2 () Poucas vezes

3 () Nunca

A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

0 () Sim, quase sempre

1 () Muitas vezes

2 () Poucas vezes

3 () Nunca

D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

3 () Quase sempre

2 () Muitas vezes

1 () De vez em quando

0 () Nunca

A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

0 () Nunca

1 () De vez em quando

2 () Muitas vezes

3 () Quase sempre

D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

3 () Completamente

2 () Não estou mais me cuidando como deveria

1 () Talvez não tanto quanto antes

0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

3 () Sim, demais

2 () Bastante

1 () Um pouco

0 () Não me sinto assim

D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Um pouco menos do que antes

2 () Bem menos do que antes

3 () Quase nunca

A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

3 () A quase todo momento

2 () Várias vezes

1 () De vez em quando

0 () Não sinto isso

D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

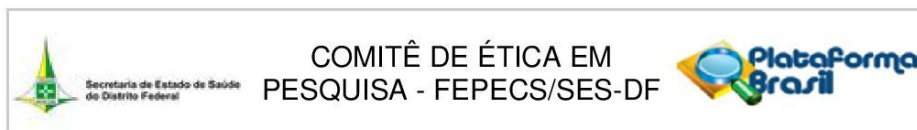
0 () Quase sempre

1 () Várias vezes

2 () Poucas vezes

3 () Quase nunca

ANEXO B: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – FEPECS/SES - DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO EM PACIENTES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA E SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO

Pesquisador: Mani Indiana Funez

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25946513.0.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 574.824

Data da Relatoria: 31/03/2014

Apresentação do Projeto:

O presente projeto trabalha com a hipótese de que pacientes submetidos a tratamento cirúrgico vítimas de violência podem desenvolver mais facilmente quadros de ansiedade e depressão no período pós cirúrgico.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar ansiedade e depressão no período pós-operatório em pacientes que sofreram violência associada a danos físicos e foram submetidos a tratamento cirúrgico na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Regional da Ceilândia.

Objetivos Secundários:

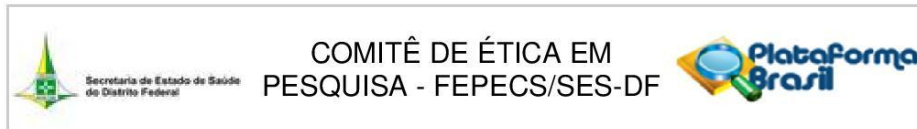
Identificar o perfil do paciente quanto aos aspectos sócio demográficos, causa da internação e tipo de cirurgia (urgência ou emergência);

Verificar se ocorreu o preparo pré-operatório dos pacientes;

Identificar os níveis de ansiedade e depressão nos pacientes de acordo com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão;

Definir ações da enfermagem que possibilitem cuidado integral a estes indivíduos.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 574.824

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios:

Promover conhecimento específico colaborando para elaboração de protocolos para qualificação da assistência, além de beneficiar o paciente por meio da possibilidade do cuidado integral.

Riscos: constrangimento, tristeza e sofrimento emocional diante de recordações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de caráter observacional, descritivo, transversal, com abordagem quali-quantitativa realizada com 200 sujeitos internados na Clínica Cirúrgica do HRC. Serão incluídos indivíduos de ambos os sexos, adultos submetidos a procedimento cirúrgico para tratamento de dano físico causado por violência identificado a partir de leitura de prontuário e busca ativa. Os dados serão coletados por meio de questionário e aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

A beneficência do estudo foi comprovada. Os benefícios superam os riscos da pesquisa.

Planilha de orçamento: apresentada.

Cronograma de execução: apresentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: apresentada.

Termo de Concordância: apresentado.

TCLE: apresentado.

Currículos dos pesquisadores: apresentados

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Situação do Parecer:

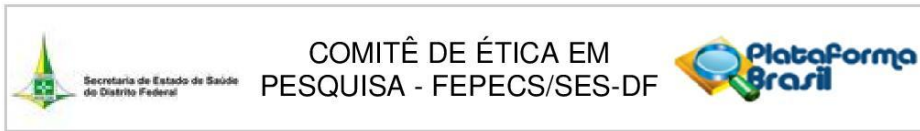
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 574.824

BRASILIA, 31 de Março de 2014

Assinador por:
luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com