



ORIGINALES

Expressão da incerteza em pacientes cirúrgicos de retirada de órgão: estudo transversal

Expresión de la incertidumbre en pacientes quirúrgicos por extracción de un órgano: un estudio transversal

Uncertainty expression in surgical patients of organ removal: a cross-sectional study

Thaís Martins Gomes de Oliveira¹
Cristine Alves Costa de Jesus²

¹ Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB). Brasil. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília-Distrito Federal Brasil. thaismmgomes@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB). Brasil. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília-Distrito Federal Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.482911>

Submissão: 9/06/2021

Aprovação: 21/09/2021

RESUMO:

Introdução: O tratamento cirúrgico de retirada de órgãos surge para atender a uma diversidade de patologias que emergem como necessidade de saúde apresentadas pelas populações, sendo considerado um procedimento que provoca no paciente sentimentos de incerteza.

Objetivo: Investigar a incerteza na doença, em pacientes cirúrgicos submetidos à retirada de órgão.

Método: Estudo transversal desenvolvido com pacientes internados na clínica cirúrgica de um hospital universitário. Coletaram-se as variáveis sociodemográficas e clínicas e aplicou-se a escala da incerteza na doença de Mishel (MUIS).

Resultados: O perfil de diagnósticos médicos nos 60 participantes revelou que as doenças mais frequentes foram as neoplasias. Quanto a aplicação da escala, 68% dos participantes apresentaram escores maiores ou iguais a 80 pontos. O valor encontrado para o Alpha de Cronbach foi de 0,842. Os procedimentos cirúrgicos, histerectomia via abdominal e mastectomia, os quais foram os mais prevalentes para os participantes, se associam aos domínios da incerteza.

Conclusões: Elevados níveis de incerteza evidenciaram a necessidade do manejo dessa condição. Os aspectos psicossociais dos tratamentos cirúrgicos acabam secundarizados em detrimento do reestabelecimento clínico, circunstância em que se negligencia o sofrimento emocional do paciente. A melhora da comunicação entre o profissional da saúde e o paciente pode influenciar para que não ocorra a manifestação da falta de informação, uma das formas de expressão da incerteza. Aspectos como perfil socioeconômico do paciente, escolaridade e renda devem ser levados em consideração no tratamento cirúrgico de retirada de órgãos. A incerteza vivenciada por esses pacientes precisa ser mais conhecida e amplamente disseminada para ganhar destaque no ambiente de saúde.

Palavras chave: Incerteza; Cirurgia; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Teorias de Enfermagem; Enfermagem.

RESUMEN:

Introducción: El tratamiento quirúrgico de la extirpación de órganos parece satisfacer una serie de patologías que surgen como necesidades de salud de las poblaciones. En este contexto, se instala el estado de incertidumbre.

Objetivo: Investigar la incertidumbre de la extracción de un órgano en pacientes quirúrgicos.

Método: Estudio transversal realizado con pacientes hospitalizados en la clínica quirúrgica de un hospital universitario. Variables sociodemográficas y clínicas fueron recogidas, además, se aplicó la escala de incertidumbre en la enfermedad de Mishel.

Resultados: El perfil de diagnósticos médicos en los 60 participantes mostró que las enfermedades más frecuentes fueron las neoplasias. Con relación a la aplicación de la escala, el 68% de los participantes presentaron puntuaciones mayores o iguales a 80 puntos. El valor hallado para el alfa de Cronbach fue de 0,842. Los procedimientos quirúrgicos histerectomía abdominal y mastectomía, que fueron los más frecuentes para los participantes, están asociados con áreas de incertidumbre.

Conclusiones: Los altos niveles de incertidumbre demostraron la necesidad de la gestión de esta condición. Los aspectos psicosociales de los tratamientos quirúrgicos son desconsiderados a expensas de la restauración clínica, circunstancias en que se descuida el sufrimiento emocional del paciente. La mejora de la comunicación entre los profesionales de la salud y el paciente puede influir para prevenir la manifestación de la falta de información, una de las formas de la expresión de la incertidumbre. Aspectos como el perfil socioeconómico del paciente, el nivel educativo y los ingresos deben tenerse en cuenta en el tratamiento quirúrgico de la extracción de órganos. La incertidumbre experimentada por estos pacientes debe conocerse mejor y difundirse ampliamente para que estos aspectos se destaquen en el entorno de la atención médica.

Palabras clave: Incertidumbre; Cirugía; Procedimientos Quirúrgicos Operativos; Teoría de Enfermería; Enfermería.

ABSTRACT:

Introduction: The surgical treatment of organ removal seems to meet a number of pathologies that emerge as health needs of populations. In this context, the state of uncertainty is installed.

Objective: To investigate the uncertainty in illness in surgical patients of organ removal.

Method: Cross-sectional study developed with patients admitted to the surgical outpatient clinic of a university hospital. Sociodemographic and clinical variables were collected, in addition to applying Mishel uncertainty in illness scale.

Results: The profile of medical diagnoses in the 60 participants showed that the most frequent diseases were the neoplasms. As for the scale application, 68% of the participants presented scores greater than or equal to 80 points. The value found for the Cronbach's Alpha was 0.842. The surgical procedures abdominal hysterectomy and mastectomy, which were the most prevalent for the participants, are associated with uncertainty domains.

Conclusions: High levels of uncertainty demonstrated the need for the management of this condition. The psychosocial aspects of surgical treatments are disregarded at the expense of the clinical restoration, circumstances that neglect the patient's emotional suffering. The improvement of communication between the health professional and the patient can influence to prevent the manifestation of the lack of information, one of the forms of expressing uncertainty. Aspects such as the patient's socioeconomic profile, educational level and income must be taken into account in the surgical treatment of organ removal. The uncertainty experienced by these patients needs to be better known and widely disseminated to gain prominence in the health care setting.

Keywords: Uncertainty; Surgery; Surgical Procedures, Operative; Nursing Theory; Nursing.

INTRODUÇÃO

O tratamento cirúrgico de retirada de órgãos surge para atender a uma diversidade de patologias que emergem como necessidade de saúde apresentadas pelas populações, sendo considerado um procedimento que provoca no paciente sentimentos de ansiedade e incerteza. Quando o paciente experimenta a incerteza proveniente de uma doença ou tratamento, poderá resultar em estresse que afeta a mente, o corpo e as relações sociais. Além disso, após realização de procedimento cirúrgico, é possível que o paciente sinta dor, perda momentânea ou permanente da função do órgão e algum nível de dependência de cuidados que interfira em suas

atividades de vida diária, não sendo incomum o receio da reincidência da doença, medo das limitações pós-cirúrgicas e sofrimento psíquico ^(1, 2).

O ato cirúrgico pode ser considerado como uma agressão. Partindo-se dos aspectos fisiológicos e anatômicos envolvidos relacionados ao corte, o qual rompe a integralidade da pele, o sangramento e a retirada de um órgão. Por outro lado, quanto aos fenômenos psicológicos envolvidos, advém medo, angústia, dúvida, expectativa e incerteza. Contudo, os aspectos psicológicos dos tratamentos cirúrgicos são muitas vezes negligenciados, considerados pela equipe multiprofissional como secundários^(3, 4).

Sentimentos conflitantes estão presentes nesses pacientes que se submetem à retirada de órgãos. O tratamento cirúrgico muitas vezes é necessário, como intervenção no tratamento de doenças. Há muitos sentimentos, expectativas e percepções envolvidos. O paciente pode criar expectativas quanto aos resultados de uma intervenção cirúrgica, levando a danos emocionais que interferem no bom funcionamento fisiológico do paciente afetando seu bem-estar-geral. O ato cirúrgico pode vir acompanhado de ansiedade, dúvidas e anseios independente do porte da cirurgia. A intervenção cirúrgica é considerada uma ameaça ao paciente, pois além de romper a integridade física, causa importantes impactos emocionais e fragilidade ocasionada pelo medo ⁽⁵⁾.

Nesse contexto, surge a instalação do estado de incerteza. A Incerteza na Doença foi apresentada por uma teórica de enfermagem chamada Merle Mishel, que desenvolveu a Teoria da Incerteza na Doença ⁽⁶⁾. A incerteza é definida como a incapacidade de atribuir significados a eventos relacionados ao adoecimento ⁽⁶⁾. A teoria enfatiza que com o surgimento da incerteza na doença, é necessário a reorganização e procura por estratégias de enfrentamento tal como a adaptação ⁽⁶⁾. Pesquisas afirmam que o estabelecimento da incerteza pode levar a sensação de ausência de controle sobre eventos da vida e sentimentos negativos, entre eles o isolamento, a perda da identidade, a desesperança e a desmoralização ⁽⁷⁻⁹⁾. Altos níveis de incerteza associam-se com a redução de habilidades como o processamento de novas informações, a compreensão de resultados e a adaptação ao diagnóstico da doença ⁽¹⁰⁾. Atualmente, o modelo da incerteza na doença vem sendo amplamente utilizado e reconhecido pela literatura, abordando diferentes contextos de problemas em saúde ⁽¹⁰⁾.

Ainda na Teoria da Incerteza na Doença, os profissionais de saúde são definidos como importantes provedores de informações ⁽¹¹⁾. As evidências caracterizam a falta de informação como grande geradora de incerteza. Por outro lado, o fornecimento de informações é uma estratégia importante e frequentemente utilizada para o enfrentamento dessa condição ⁽¹²⁾. Ressalta-se que, no ato de comunicar informações ao paciente, é imprescindível dotá-lo de capacidade de interpretá-las, assimilá-las e reproduzi-las; cabe ao profissional de saúde buscar estratégias eficazes para se fazer compreender. Estudos descrevem experiências falhas entre os provedores de informações do sistema de saúde e o paciente durante o tratamento, ou seja, relatam a prática de informações parciais ou mesmo a falta delas ^(11,13). Esses estudos também revelam a necessidade de sincronizar a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente. Afinal, enquanto um pode pensar em como lidar com os efeitos colaterais inerentes ao tratamento, o outro pode se perguntar quanto tempo vai

demorar para se recuperar ou sobreviver. Nesse sentido, é fundamental harmonizar os objetivos da comunicação ^(11, 13).

Portanto, o objetivo do estudo é investigar a incerteza na doença, segundo a teoria de Mishel em pacientes cirúrgicos submetidos à retirada de órgão.

MÉTODO

Desenho do Estudo

Estudo transversal, descritivo e exploratório.

População e Contexto do Estudo

Foram selecionados 63 pacientes internados na clínica cirúrgica de um hospital universitário brasileiro em 2017. O Hospital é uma instituição pública que oferece atendimento gratuito por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui um Centro de Alta Especialidade em Oncologia e a pesquisa foi desenvolvida na clínica cirúrgica que atende as seguintes especialidades cirúrgicas: Crânio-maxilo-facial, geral, pediátrica, torácica, vascular e neurocirurgia. A clínica cirúrgica atende pacientes no pré-operatório e pós-operatório e possui 39 leitos instalados. Durante a coleta de dados, ocorreu uma ampla gama de cirurgias oncológicas que envolveram a retirada de parte ou de todo o órgão.

O número amostral de participantes foi obtido por meio de cálculo amostral, considerando o fluxo de pacientes internados no hospital universitário para cirurgia de retirada de órgãos no ano anterior à coleta de dados. O cálculo da amostra resultou em 66 pacientes considerando intervalo de confiança de 95% e precisão de 10%. Devido ao período disponível para a coleta de dados, foi possível coletar 60 pacientes. Para o cálculo amostral, utilizou-se a versão 3.4 do software R ®.

Os participantes foram selecionados por amostra de conveniência. Os critérios de inclusão foram pacientes maiores ou iguais a 18 anos, de ambos os sexos, em pós-operatório superior a 24 horas, submetidos à cirurgia que envolveu a retirada de um órgão, em pleno estado intelectual e mental para responder às questões. Os critérios de exclusão foram pacientes que não se enquadrassem no conceito de retirada de órgãos utilizado na pesquisa.

Variáveis

Foram coletadas variáveis sociodemográficas e clínicas para identificar o perfil amostral. Neste estudo, destaca-se a importância das variáveis clínicas que permitiram identificar o perfil das cirurgias de retirada de órgãos na amostra. Além disso, os dados foram coletados usando a Escala da Incerteza da Doença de Mishel - MUIS ⁽¹⁴⁾.

Coleta de dados

Os participantes foram selecionados por meio de prontuários e orientados sobre como participar da pesquisa. Foi aplicado o instrumento de coleta de dados construído

pelas pesquisadoras, validado por três expertises na área cirúrgica e de sistematização da assistência de enfermagem, todos com formação mínima de dez anos em enfermagem, atuantes como docentes e na prática do cuidado à pacientes clínicos ou cirúrgicos e com experiência na aplicação do processo de enfermagem. O instrumento incluiu questões sociodemográficas e clínicas. Também foi utilizado a MUIS, validada para o português, cujas propriedades psicométricas analisadas no processo de validação foram validade de conteúdo (comitê de juízes), validade de construto (análise fatorial confirmatória e comparação de médias fatoriais e escores totais segundo variáveis sociodemográficas do público-alvo), confiabilidade (teste-reteste e alfa de Cronbach) ⁽¹⁵⁾. Essa escala validada contém 30 itens do tipo Likert, quanto maior a pontuação do paciente, maior o grau de incerteza da doença, que varia de 30 a 150 pontos ^(14, 15).

A MUIS objetiva medir a incerteza na doença, por meio de itens subdivididos em domínios, a saber: ambiguidade, complexidade, inconsistência e imprevisibilidade, dos quais as afirmações representam as formas de manifestação da incerteza. A duração da coleta de dados foi de três meses e quatro dias, sendo realizada por uma das autoras. A entrevista e aplicação da escala durava em torno de 2 horas compreendendo os passos mencionados. Após essa etapa, consultava-se o prontuário do paciente a fim de se obter informações complementares.

Análise dos dados

Análise estatística descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos por meio de medidas de tendência central, média e mediana, e de dispersão (desvio padrão), frequências simples e absolutas das variáveis quantitativas. Foi utilizado o software Excel® 2016. O escore da MUIS foi obtido somando-se os escores de cada item. A frequência de respostas relacionadas à escala também foi avaliada. O alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar a confiabilidade dos itens da escala, considerando valores aceitáveis iguais ou superiores a 0,70.

Para as correlações entre as cirurgias mais prevalentes na amostra e os domínios de incerteza, foram utilizados os testes estatísticos de Mann-Whitney. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para $p \leq 0,05$. Para a análise de correlação, consideraram-se as médias obtidas em cada um dos domínios da MUIS, a saber: Falta de clareza, Ambiguidade, Falta de informação e Imprevisibilidade. Também foram aplicadas as médias obtidas considerando-se todos os itens da escala, o qual foi nomeado de Total. Os testes estatísticos foram obtidos por meio do software R v3.4 ®.

Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEPFS/UnB, sob o CAAE 55134615.7.0000.0030, número de parecer 2.177.498. Para realização da pesquisa, foi disponibilizado ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Foi assegurada à população de participantes a garantia de desistência do estudo em qualquer fase da pesquisa.

RESULTADOS

Durante o período de coleta de dados, foram selecionados 63 pacientes, porém três desistiram durante a entrevista. Entre os 60 pacientes restantes, 47 (78,3%) eram do sexo feminino e 13 (21,7%) do masculino. A idade variou de 18 a 87 anos, a média foi de 51,9 (\pm 16,4) anos. A Tabela 1 resume as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos pacientes (n= 60).

Característica	N	%	Característica	N	%
Sexo			Faixa etária		
Feminino	47	78,3	18-30	5	8,3
Masculino	13	21,7	31-40	10	16,7
Escolaridade			41-50	15	25,0
Fundamental incompleto	25	41,7	51-59	7	11,7
Fundamental completo	4	6,7	60-70	14	23,3
Médio completo	25	41,7	71-80	7	11,7
Superior completo	6	10,0	>81	2	3,3
Etnia			Estado civil		
Negra	19	31,7	Solteiro	15	25,0
Branca	11	18,3	Casado	24	40,0
Parda	27	45,0	Divorciado	6	10,0
Amarela	2	3,3	União estável	15	25,0
Indígena	1	1,7	Viúvo	0	0,0
Religião			Renda familiar		
Nenhuma	5	8,3	< 1 salário mínimo	14	23,3
Católica	37	61,7	1 a 2 salários mínimos	25	41,7
Espírita	2	3,3	3 a 5 salários mínimos	17	28,3
Protestante	16	26,7	> 5 salários mínimos	4	6,7
Ocupação			Saneamento básico		
Ativo	17	28,3	Água tratada	49	81,7
Seguro saúde	10	16,7	Sistema de esgoto encanado	45	75,0
Aposentado	21	35,0	Coleta de lixo	53	88,3
Desempregado	12	20,0			

Pardo é definido como pessoas com uma mistura de cores de pele, seja essa miscigenação mulata (descendentes de brancos e negros), cabocla (descendentes de brancos e ameríndios), cafuza (descendentes de negros e indígenas) ou mestiça.

A Tabela 2 apresenta as medidas estatísticas descritivas necessárias para testar a relação entre os domínios de incerteza e o nível de escolaridade dos participantes do estudo.

Tabela 2. Nível de escolaridade e domínios da incerteza (n = 60).

Domínios da Incerteza	Escolaridade	Média	Desvio Padrão	p*
Falta de clareza	Fundamental incompleto	23,76	4,33	0,001
	Fundamental completo	22,75	4,57	
	Médio completo	18,76	3,59	
	Superior completo	21,00	6,20	
Ambiguidade	Fundamental incompleto	39,16	4,77	0,077
	Fundamental completo	42,25	2,87	
	Médio completo	35,56	6,24	
	Superior completo	36,50	10,01	
Falta de informação	Fundamental incompleto	15,96	2,11	0,01
	Fundamental completo	15,25	1,50	
	Médio completo	13,36	2,93	
	Superior completo	13,67	4,32	
Imprevisibilidade	Fundamental incompleto	12,20	2,08	0,077
	Fundamental completo	12,25	2,63	
	Médio completo	10,60	2,20	
	Superior completo	10,67	3,33	
Total	Fundamental incompleto	91,08	10,19	0,002
	Fundamental completo	92,50	8,66	
	Médio completo	78,28	11,12	
	Superior completo	81,83	20,99	

* $p < 0,05$.

Foram testadas as associações entre os domínios da incerteza e todas as variáveis sociodemográficas e clínicas do estudo. A partir do teste de Mann-Whitney, apenas entre a variável escolaridade e os domínios de Incerteza, foi encontrada significância estatística para os domínios “Falta de clareza” ($p = 0,001$), “Falta de informação” ($p = 0,01$) e também no “Incerteza total” ($p = 0,002$). O “total” corresponde ao teste de significância dos quatro domínios como um todo, ou seja, todos os itens da escala MUIS.

Embora apenas a escolaridade apresente diferença estatisticamente significativa para a incerteza, o perfil sociodemográfico dos pacientes obtido mostra um predomínio de baixa renda familiar ($p > 0,05$). A maioria dos participantes era aposentada, com renda familiar variando de 1 a 2 salários mínimos (41,7% dos participantes).

Dentre os 28 diagnósticos médicos dos participantes, os dez descritos na Tabela 3 foram os mais frequentes, identificando uma importante heterogeneidade de diagnósticos que motivaram os procedimentos cirúrgicos. O perfil de diagnósticos médicos dos participantes revela que as doenças mais frequentes foram as neoplasias.

Tabela 3. Diagnósticos médicos mais frequentes que ocasionaram a retirada de órgão (n = 60).

Diagnósticos médicos	Frequência	%
Neoplasia maligna de mama	7	11,7
Miomatose uterina	6	10,0
Neoplasia maligna do estômago	6	10,0
Colelitíase	5	8,3
Neoplasia maligna de ovário	4	6,7
Neoplasia maligna do intestino	4	6,7
Hiperplasia prostática benigna	3	5,0
Câncer de colo de útero	2	3,3
Doença de Crohn	2	3,3
Neoplasia maligna da próstata	2	3,3
Prolapso uterino	2	3,3

De acordo com a Mishel ⁽⁹⁾, o escore total para cada paciente pode variar entre 30 e 150, cujo valor maior representa maior a Incerteza na Doença. Portanto, 11 (18%) pacientes alcançaram escore total maior ou igual a 100, 13 (22%) pacientes maior ou igual a 90, 17 (28%) pacientes maior ou igual a 80, 10 (17%) pacientes maior ou igual a 70, 8 (13%) pacientes maior ou igual a 60 e 1 (2%) menor que 60. O intervalo com maior prevalência de pacientes foi aquele cujos escores foram maiores ou iguais a 80, alcançando 17 pacientes. Enquanto o menor registro foi apenas um paciente para o intervalo menor que 60. Cada participante apresentou uma resposta para cada item e todos responderam a todos os itens.

A confiabilidade da escala foi verificada através da avaliação da sua consistência interna. O valor encontrado para o coeficiente Alpha de Cronbach foi de 0,842.

Tabela 4. Relação entre a cirurgia histerectomia via abdominal e os domínios da Incerteza (n = 60).

Domínios da Incerteza	Histerectomia via abdominal	Média	Desvio Padrão	p
Falta de clareza	Sim	20,07	5,30	0,196
	Não	21,76	4,55	
Ambiguidade	Sim	36,00	5,82	0,277
	Não	38,13	6,30	
Falta de informação	Sim	13,27	2,90	0,048
	Não	15,04	2,83	
Imprevisibilidade	Sim	11,20	2,30	0,622
	Não	11,44	2,44	
Total	Sim	80,54	13,75	0,135
	Não	86,40	12,80	

* $p < 0,05$.

Quanto aos procedimentos cirúrgicos aos quais os participantes foram submetidos destacam-se as cirurgias Histerectomia e Mastectomia. Foram aplicados teste de hipóteses a todos os 28 procedimentos cirúrgicos advindos do estudo, contudo, Histerectomia e Mastectomia foram aqueles que apresentaram resultados mais significativos os quais foram representados na Tabela 4 e Tabela 5, respectivamente.

Tabela 5. Relação entre a cirurgia mastectomia e os domínios da Incerteza (n = 60).

Domínios da Incerteza	Mastectomia	Média	Desvio Padrão	p*
Falta de clareza	Sim	22,88	3,87	0,289
	Não	21,10	4,87	
Ambiguidade	Sim	41,88	6,15	0,064
	Não	36,94	5,99	
Falta de informação	Sim	17,75	1,98	0,001
	Não	14,12	2,75	
Imprevisibilidade	Sim	12,50	2,78	0,101
	Não	11,21	2,30	
Total	Sim	95,00	10,62	0,018
	Não	83,37	12,91	

* $p < 0,05$.

Através dos valores de p retratados na Tabela 4, houve relação estatisticamente significativa somente para o domínio “Falta de informação” quanto à Histerectomia, portanto, sendo maior no grupo que não fez essa cirurgia.

No caso da mastectomia, Tabela 5, houve relação estatística tanto com o domínio “Falta de informação”, quanto para o “Total” de domínios de Incerteza, o qual avalia os quatro domínios simultaneamente, entre aquelas pacientes que enfrentaram a mastectomia.

DISCUSSÃO

A respeito da aplicação da MUIS, mostrou-se uma ferramenta de grande aplicabilidade para mensuração da incerteza (7, 8, 11, 16-18). A pontuação obtida para os participantes do estudo foi muito expressiva, pois 75% deles apresentaram pontuações significativas da vivência da incerteza, na qual a menor pontuação correspondeu a 57 e a maior a 108 pontos. Os estudos a seguir evidenciaram pontuações semelhantes. No estudo de Hagen et al. (7) aplicado a pacientes com câncer de mama, para avaliar a incerteza, obteve-se como resultado um grau moderado da presença da incerteza entre os participantes, com uma escala que variava de 33 a 165. Outro estudo envolvendo pacientes gastrectomizados revelou que os participantes apresentaram um elevado nível de incerteza (19).

A confiabilidade dos itens da escala descreve o quanto o instrumento aplicado está apto e preciso. O valor de Alpha de Cronbach (0,842), o qual mede a consistência interna dos itens de modo geral para os domínios, foi considerado bom pelo proposto na literatura (9). Isso corrobora com o valor de Alpha encontrado em um estudo de validação da escala MUIS para pacientes crônicos na Itália (8). Consta ainda na literatura, parâmetros de variação do Alpha em uma faixa de 0,74 a 0,92 (11).

Uma pesquisa de sobreviventes do câncer de mama utilizou a MUIS obtendo Alpha de Cronbach total equivalente a 0,849 ⁽⁹⁾. Já em outro estudo da aplicação da MUIS, o coeficiente de Alpha de Cronbach dos itens da escala foi considerado aceitável com valor de 0,72 ⁽²⁰⁾.

O perfil de diagnósticos médicos para os participantes do estudo revela que as doenças mais frequentes foram as neoplasias. No Brasil, os diferentes tipos de câncer que tem afetado a população são reflexo da transição epidemiológica e demográfica ⁽¹⁶⁾. Fatores estão fortemente associados a ocorrência de determinadas neoplasias, como por exemplo, as condições socioeconômicas precárias, associadas ao câncer de mama, próstata, cólon e reto, fortemente evidenciados nesse estudo ⁽¹⁶⁾.

O diagnóstico do câncer envolve situações complexas que podem gerar nos indivíduos sentimentos como ansiedade, medo, angustia, solidão, falta de controle da situação e perda da auto identidade, associados a um elevado nível de incerteza ⁽¹⁹⁾. E de acordo com a Teoria da Incerteza na Doença, o surgimento de neoplasias, possibilita a utilização de recursos como, por exemplo, os antecedentes da incerteza, os provedores de estrutura e a reformulação do esquema cognitivo ⁽¹¹⁾.

Quanto aos procedimentos cirúrgicos, histerectomia via abdominal e mastectomia, os quais foram os mais prevalentes para os participantes, apresentaram resultados que se associam significativamente aos domínios da incerteza: falta de informação de acordo com o $p = 0,048$ e os p valores para o domínio falta de informação ($p = 0,001$) e o total ($p = 0,018$).

Inicialmente, para a cirurgia histerectomia via abdominal, o domínio “Falta de informação” obteve maiores médias, para os que não fizeram a cirurgia histerectomia via abdominal.

Embora tenha havido diferença estatística da incerteza entre o grupo que fez cirurgia de histerectomia e aquele que não o fez, no quesito “Falta de informação”, os valores médios foram muito aproximados. Esse resultado supõe que houve maior disponibilização de informações às pacientes submetidas a retirada do útero, comparada a outros procedimentos cirúrgicos. Estudo com mulheres histerectomizadas relatou boa oferta de informações e resultados positivos no pós-operatório ⁽²¹⁾.

Para os pacientes participantes, os procedimentos cirúrgicos, decorrentes da necessidade de se extirpar um tumor ou mesmo para cessar problemas como sangramentos constantes e dores, representaram a saída para problemas vivenciados, muitas vezes por longos períodos. A retirada de um órgão impõe a necessidade de se conviver com essa ausência, o que gera muitas inseguranças e incertezas ⁽²²⁾. No presente estudo, houve uma diversidade de indicações cirúrgicas o que trouxe uma variedade de situações das quais todas, de maneira geral, ocasionaram um grau de incerteza.

Há também na literatura, relato dos benefícios em se realizar a histerectomia, traduzindo importante ambivalência de sentimentos quanto ao este procedimento cirúrgico. Muitas mulheres realizam a retirada do útero devido aos episódios de anemia, fadiga, dores e constantes sangramentos, interferindo na qualidade de vida delas, expondo-as a situações desconfortáveis ⁽²³⁾. Portanto, a cirurgia pode também

ser enxergada como possibilidade de cura e resolução de problemas, e nesses casos a retirada do órgão passa ser mais facilmente aceita, podendo a expressão da incerteza não se associar a falta de informação, já que se sentem mais confiantes nesse caso ⁽²⁴⁾.

A mastectomia realizada nas participantes do estudo foram motivadas pelo câncer e em um dos casos, por infecção na mama. Independente da motivação cirúrgica, esse procedimento gera sérios impactos psicológicos, sociais e físicos nas mulheres ⁽⁹⁾. A mudança ocasionada na imagem corporal, por meio da vivência de uma ausência visível de uma parte do corpo, pode influenciar na relação com a família, com o parceiro sexual e consigo mesma. Soma-se a isso o medo constante do retorno da doença e a imprevisibilidade do futuro ⁽²⁵⁾.

Um estudo de abordagem qualitativa com mulheres no pré-operatório de mastectomia revelou que as instruções médicas anteriores ao procedimento cirúrgico se concentraram somente no passo a passo proposto pela cirurgia. Conseqüentemente, evidenciando fragilidade no discurso profissional quanto a abordagem da pessoa. Além disso, não consideraram a pessoa como um ser integral, como um sujeito que demonstra sentimentos e possui apreensões, que tem dúvidas e incertezas e que necessita de tempo e atenção cuidadosa ⁽²⁶⁾. Quanto à avaliação do profissional enfermeiro, esse foi visto como alguém que faz perguntas para reunir informações sobre o estado de saúde da paciente e confere instruções a respeito do preparo cirúrgico ⁽²⁶⁾.

Diante dessa visão, é necessário que o profissional enfermeiro não seja somente aquele que coleta dados e disponibiliza instruções, mas que esteja atento ao manejo da ansiedade, medo e sofrimento, acolhendo com escuta qualificada, abordando aspectos como recuperação pós-operatória, acesso ao acompanhamento psicológico pela equipe multiprofissional, possibilidade de recuperação da imagem corporal e demais cuidados necessários. Dessa forma, o enfermeiro tem potencial no pré-operatório de tornar a cirurgia um momento mais tranquilo e menos traumatizante, o que repercutirá na recuperação cirúrgica ⁽²⁷⁾.

A falta de informação impede a formação do esquema cognitivo que é a interpretação pessoal do indivíduo a respeito de sua doença, tratamento e hospitalização ⁽⁶⁾.

Outro fator relacionado a possível causa para relação obtida nesse estudo entre a falta de informação e a incerteza é o nível de escolaridade dos participantes. Um estudo relatou que pacientes com câncer ginecológico que tinham ensino superior apresentaram menores níveis de incerteza do que aqueles com menor escolaridade, devido à sua capacidade de compreender melhor as informações sobre sua condição. Esse dado corrobora com os resultados obtidos nesse estudo, afinal, os participantes compõem em sua maior parte pessoas com baixa escolaridade e com níveis de incerteza significativos ^(22, 25). Os níveis de escolaridade podem afetar negativamente a comunicação entre o paciente e o profissional de saúde e podem criar barreiras para a compreensão das opções de tratamento e manejo dos sintomas.

De acordo com a Teoria da Incerteza na Doença, existe uma relação inversamente proporcional entre o nível de escolaridade e a incerteza ⁽⁶⁾. Em estudo ⁽¹³⁾, que utilizou a teoria, constatou-se que tanto a baixa escolaridade, quanto a baixa renda, foram preditoras de altos níveis de incerteza, corroborando com o presente estudo.

Observa-se que um baixo poder aquisitivo influencia na diminuição da qualidade de vida do paciente e pode causar maior incerteza.

Estudo sobre incerteza com pacientes portadoras de neoplasias vulvares e submetidas à cirurgia mutilatória de retirada de órgãos, destaca que maior incerteza também se correlaciona com: idade avançada, situação familiar de casado, menor escolaridade, menor renda, menor qualidade de vida, menor suporte social e informações insuficientes ⁽²⁸⁾. Apesar deste estudo ter envolvido apenas mulheres, a maior prevalência de mulheres participantes no presente estudo permite correlacionar achados anteriores com os resultados obtidos até o momento em relação a: idade avançada, estado civil casado, menor escolaridade, menor renda e informações insuficientes. Embora a Teoria da Incerteza na Doença não mencione, o que pode ser uma limitação do modelo, a renda mensal e o perfil sociodemográfico do paciente podem estar associados a eventos relacionados à incerteza.

Muitas vezes quando o paciente busca o enfermeiro para sanar suas dúvidas, este explica que o profissional médico que irá respondê-las, eximindo-se de sua competência, muitas vezes justificada pela falta de tempo e inúmeras atividades solicitadas por outros pacientes entre atendimentos e procedimentos. Essa realidade não pode tornar-se um hábito, pois demandar tempo a comunicação com o paciente sempre que solicitado é uma atividade tão importante quanto o acompanhamento da ferida operatória ⁽²⁹⁾. Também é importante oferecer a estrutura necessária a esse profissional para que ofereça a atenção necessária ao paciente, o correto dimensionamento de profissionais, recursos materiais, físicos e apoio multiprofissional são medidas que auxiliam no desempenho dessas funções ⁽³⁰⁾.

A enfermagem pode intervir para diminuir o grau de incerteza do paciente na medida em que fornece informações sobre sua condição. Oferecer suporte educativo, social e estrutural é requisito importante para que possam conhecer e compreender todo o contexto em que estão envolvidos, isso é fornecer mecanismos de enfrentamento ⁽¹³⁾. Outra pesquisa revela que quanto mais o paciente está informado, maiores são as chances de grandes mudanças e bons resultados no tratamento, e que o número de contatos entre o médico e o paciente, além de toda equipe multiprofissional, influencia no sucesso dos tratamentos ⁽³¹⁾.

O conhecimento é o principal meio dos pacientes realizarem o manejo da incerteza. Por isso é tão importante a informação fornecida pela enfermagem e toda a equipe multidisciplinar. A informação precisa ser personalizada e adaptada ao seu nível cultural, pois auxilia o paciente a desenvolver sua compreensão e experiência do sentido da doença a fim de obter mais estratégias para enfrentar as mudanças implicadas por essa condição ⁽¹²⁾.

Como limitação, destaca-se a heterogeneidade dos participantes, o que dificulta a extrapolação dos resultados encontrados, o que só é possível com estudos semelhantes. Outra limitação é que o tamanho da amostra do estudo foi pequeno, associado a uma amostra de conveniência de um único centro de tratamento. Circunstâncias que enfatizam a necessidade de expansão da pesquisa para outros centros de tratamento.

CONCLUSÕES

Como conclusões, através da aplicação da MUIS, o estudo demonstrou a presença de níveis elevados de Incerteza, verificados pelos escores dos pacientes, evidenciando a necessidade do manejo dessa condição. Constata-se, também através dos resultados obtidos que os aspectos psicossociais dos tratamentos cirúrgicos acabam secundarizados em detrimento do reestabelecimento clínico, circunstância em que se negligencia o sofrimento emocional do paciente.

Há ainda, a necessidade da melhora da comunicação entre o profissional da saúde e o paciente, para que não ocorra a manifestação da falta de informação, uma das formas de expressão da incerteza. Aspectos como perfil socioeconômico do paciente, nível educacional e renda precisam ser levados em consideração no tratamento cirúrgico de retirada de órgão.

A incerteza vivenciada por esses pacientes, necessita ser melhor conhecida e amplamente divulgada para que também esses aspectos ganhem destaque no cenário assistencial.

REFERÊNCIAS

- 1 Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable Diseases. *Lancet* [Internet]. July 21, 2012 [cited June 14, 2020];380(9838):219-29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3645500/>
- 2 Carvalho R de, Bianchi ERF. Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação. In: *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. Barueri: Manole; 2016.
- 3 Gonçalves TF, Medeiros VCC. The preoperative visit as the anxiety mitigating factor in surgical patients. *Rev. SOBECC, São Paulo*. 2016; 21(1):22-7. Available from: <https://sobecc.emnuvens.com.br/sobecc/article/view/38/pdf>. DOI: 10.5327/Z1414-4425201600010004.
- 4 Oliveira TR, Souza JR. Avaliação do impacto psicossocial do diagnóstico e tratamento do câncer na vida de familiares cuidadores de pacientes em regime de internação hospitalar. *Tempus, Actas Saúde Colet, Brasília*. 2017 Mar;11(1), 215-227. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880750/lgbt-11-portug.pdf> DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2228>
- 5 Santos MMB dos, Martins JCA, Oliveira LMN. A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2014; serIV(3):7-15. Available from: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2461&id_revista=24&id_edicao=68
- 6 Mishel MH. Uncertainty in Illness. *Image: the Journal of Nursing Scholarship* [Internet]. 1988 [cited June 14, 2020];20(4):225-32. Available from: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
- 7 Hagen KB, Aas T, Lode K, Gjerde J, Lien E, Kvaløy JT, et al. Illness uncertainty in breast cancer patients: Validation of the 5-item short form of the Mishel Uncertainty in Illness Scale. *European Journal of Oncology Nursing* 2015;19(2):113–19. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.009>

- 8 Giammanco MD, Gitto L, Barberis N, Santoro D. Adaptation of the Mishel Uncertainty of Illness Scale (MUIS) for chronic patients in Italy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2015;21(4):649–55. doi:10.1111/jep.12359
- 9 Hall DL, Mishel MH, Germino BB. Living with cancer-related uncertainty: associations with fatigue, insomnia, and affect in younger breast cancer survivors. *Support Care Cancer* [Internet]. April 12, 2014 [cited June 14, 2020];22(9):2489-95. Available at: <https://europepmc.org/article/med/24728586?client=bot>
- 10 McEwen M. Visão Geral de algumas teorias de enfermagem de médio alcance. Em: McEwen M, Wills EM, editores. *Bases teóricas de enfermagem*, Porto Alegre: Artmed; 2016, p. 246-54.
- 11 Mishel MH, Clayton M. Theories of uncertainty in illness. In: Smith MJ, Liehr PR (Eds.). *Middle range theory for nursing*. 2nd ed. New York: Springer; 2008.
- 12 Bailey Jr D, Stewart JL. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. In: Allgood MR, Tomey AM, editors. *Modelos y teorías en enfermería* 7. ed, Madrid: España: Elsevier Science; 2011. 599-617.
- 13 Gómez-Palencia IP, Castillo-Ávila IY, Alvis-Estrada LR. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. *Aquichan* [Internet]. 2015 Apr [cited 2020 Oct 26]; 15(2):210-218. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.5>.
- 14 Mishel MH. The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research* 1981;30(5):258–63. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00002>
- 15 Barbosa IV. Tradução, adaptação e validação da Mishel Uncertainty in Illness Scale for Family Members: aplicação em familiares de pessoas com paraplegia. Fortaleza. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; 2012. Available from: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/15629>.
- 16 Brasil. Ministério da Saúde. Brasil. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro; 2019. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. ISBN 978-85-7318-389-4.
- 17 Bolívar Montes LA, Montalvo A. Uncertainty associated to parents of preterm infants hospitalized in neonatal intensive care units. *Investigación y Educación en Enfermería*, 2016;34(2):360-67. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a16>.
- 18 Aldaz BE, Hegarty RSM, Conner TS, Perez D, Treharne GJ. Is avoidance of illness uncertainty associated with distress during oncology treatment? A daily diary study. *Psychol Health*. 2019 Apr;34(4):422-437. doi: 10.1080/08870446.2018.1532511. Epub 2019 Jan 4.
- 19 Jeon BH, Choi M, Lee J, Noh SH. Relationships between gastrointestinal symptoms, uncertainty, and perceived recovery in patients with gastric cancer after gastrectomy. *Nursing & Health Sciences*. 2016;18:23–29. Doi: [10.1111/nhs.12219](https://doi.org/10.1111/nhs.12219)
- 20 Torres-Ortega C, Peña-Amaro P. Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálisis. *Enfermería Clínica* 2015;25(1):9-18. DOI: [10.1016/j.enfcli.2014.09.002](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.09.002)
- 21 Oliveira TMG de, Jesus CAC de. Incertezas vivenciadas por pacientes pós-cirúrgicos diagnosticados com neoplasias. *Rev enferm UFPE on line*, 2018 out;12(10):2873-82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26713368/>
- 22 Kuang K, Wilson SR. A Meta-Analysis of Uncertainty and Information Management in Illness Contexts. *Journal of Communication*, 2017;67(3):378-401. doi:10.1111/jcom.12299.

- 23 Barbosa ARS, Santos AN, Rodrigues TS. Experiência de mulheres que realizaram histerectomia: revisão integrativa. Revista Uningá. 2018; 55(2):227-41. Available from: <http://34.233.57.254/index.php/uninga/article/view/2202>
- 24 Teixeira MR, Batista EC. Vivências Cotidianas da Mulher Histerectomizada: Narrativas e Contextos. Rev. Enfermagem e Saúde Coletiva. 2016; 1(2):91-107. Available from: https://www.researchgate.net/publication/320935572_Vivencias_Cotidianas_da_Mulher_Histerectomizada_Narrativas_e_Contextos_Daily_Lives_of_Hysterectomized_Woman_Narratives_And_Contexts. ISSN: 2448-394X.
- 25 Hilton BA. The relationships of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. J Behav Med. 1989;12(1):39-54. DOI: 10.1007/bf00844748
- 26 Pahlevan SS, Ahadzadeh AS, Perdamen HK. Uncertainty and quality of life of Malaysian women with breast cancer: Mediating role of coping styles and mood states. Applied Nursing Research 2017;38:88–94. doi: 10.1016/j.apnr.2017.09.012
- 27 Viana DDA, Santana CCC de, Souza JRS. Análise das ações de enfermagem nas fases cirúrgicas da mastectomia. Revista Brasileira De Inovação Tecnológica Em Saúde. 2018;8(2):67-82. <https://doi.org/10.18816/r-bits.v8i2.15556>
- 28 Raphaelis S, Mayer H, Ott S, Hornung R, Senn B. Effects of written information and counseling on illness-related uncertainty in women with vulvar neoplasia. Oncol Nurs Forum. 2018; 45(6):748-60. doi: 10.1188/18.ONF.748-760
- 29 Takeshita IM, Araujo IEM. Communication strategies and interaction of the patient with the unconscious patient. Reme - Rev. Min. Enferm. 2011;15(3): 313-323. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/40>
- 30 Gonçalves MAR, Cerejo MNR; Martins JCA. A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. Referencia 2017; IV(14): 17-26. Available from: <http://www.index-f.com/referencia/2017/414017.php>
- 31 Davison BJ, Goldenberg SL. Decisional regret and quality of life after participating in medical decision-making for early-stage prostate cancer. BJU International [Internet]. 2003 [cited 2020 Oct 26];91(1):14-7. Available from: <https://bjui-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1464-410X.2003.04005.x> doi: 10.1046/j.1464-410x.2003.04005.x.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia