
Há cerca de dois mil anos atrás o filósofo romano Epicleteo declarou que “Os homens não são perturbados pelas coisas, mas pela visão que tem das coisas.”

Aos meus pais e irmão

“A presença de alguém com quem se possa compartilhar e comunicar alegria e tristeza cura o trauma.”

(Ferenzi - psicanalista húngaro)

*Ao Né
Guilherme
Gustavo
e
Glauco*

“ Por me ensinarem a definir e sentir as emoções mais elaboradas da vida.”

Agradecimentos

À Dra. Vanda Maria Galvão Jouclas pelo apoio e estímulo profissional na orientação deste trabalho.

À Dra. Eliane Corrêa Chaves pela co-orientação que possibilitou um entendimento completo da ansiedade.

Ao Dr. Jair Lício Ferreira Santos pela orientação aos estudos estatísticos com segurança e objetividade.

Às professoras Arlete Silva, Kazuko Uchikawa Graziano, Maria Alice Fortes Gatto, Maria de Fátima Fernandes Vattimo, Rubia Aparecida Lacerda por mostrarem a diversidade valiosa da colaboração.

Às professoras Ana Cristina Mancussi, Estela Regina Ferraz Bianchi e Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos que com carinho e muita paciência acompanharam-me em momentos especiais.

À professora Maria do Carmo Querido Avelar que com alegria e esperança me ensinou a olhar o mundo.

Aos professores do Departamento Médico-Cirúrgico, pela compreensão necessária nesta fase profissional.

À Julia Tisul Fukushima, Débora Cristina Alavarce e a professora Angela Maria Geraldo Pierin pelo auxílio na finalização deste trabalho.

Ao serviço de Biblioteca e Documentação da Escola de Enfermagem Da USP pela valiosa busca e revisão bibliográfica.

Às equipes de enfermagem das unidades de centro cirúrgico, de recuperação anestésica e clínicas cirúrgicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade

de São Paulo pela disponibilidade e colaboração durante a coleta de dados.

À Rose, Ana, Tânia, Marisa e Dora que me ofereceram o aconchego nesta trajetória.

Ao Centro de Informática da Escola de Enfermagem da USP por mostrar graficamente este trabalho.

Aos pacientes que, num momento especial de suas vidas, colaboraram para que o meu momento se concretizasse.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Ligação da alma e a máquina do corpo tal como a concepção de DESCARTES.

FIGURA 2 - Esquema modificado a partir do proposto por SPIELBERGER.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 - Quadro de pessoal de enfermagem em Sala de Recuperação Anestésica. São Paulo, 1995.

QUADRO 02 - Parâmetros clínicos e respectiva classificação utilizados para avaliação do paciente no período pré-operatório. São Paulo, 1995.

QUADRO 03 - Parâmetros clínicos e as respectivas classificações utilizadas para avaliação do paciente no período pós-operatório imediato.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - Movimento geral das enfermarias do Instituto Central segundo Divisão de Arquivos Médicos. São Paulo, 1995.

TABELA 02 - Movimento cirúrgico anual do Instituto Central segundo Divisão de Arquivo Médico. São Paulo, 1995.

TABELA 03 - Resultado da prova de correlação por postos de Kendall aplicada aos escores referentes ao traço e estado de ansiedade para cada sexo. São Paulo, 1995.

TABELA 04 - Resultado da prova de correlação por postos de Kendall aplicada aos escores referentes ao estado de ansiedade e a variável hospitalização e cirurgia anterior para cada sexo. São Paulo, 1995.

TABELA 05 - Resultado da prova de correlação por postos de Kendall aplicada aos escores referentes ao estado de ansiedade e a idade para cada sexo. São Paulo, 1995.

TABELA 06 - Resultado da prova de correlação por postos de Kendall aplicada ao escore referente ao estado de ansiedade e a frequência de pulso (P), pressão arterial sistólica e diastólica (PAS, PAD), frequência respiratória (R), temperatura (T) e glicemia (GL) no pré-operatório. São Paulo, 1995.

TABELA 07 - Resultado da prova de correlação por postos de Kendall aplicada aos escores referentes ao estado de ansiedade e ao escore resposta no pós-operatório no momento de chegada à SRA (TPOS). São Paulo, 1995

TABELA 08 - Resultado da prova de correlação por postos de Kendall aplicada ao escore referente ao estado de ansiedade e frequência de pulso (P) pressão arterial sistólica e diastólica (PAS, PAD), frequência respiratória (R), temperatura (T) e glicemia (GL) no pós-operatório. São Paulo, 1995.

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 01 - Número de pacientes admitidos em Sala de Recuperação Anestésica no período, de janeiro a dezembro de 1995.*
- GRÁFICO 02 - Distribuição dos pacientes segundo sexo. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 03 - Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 04 - Distribuição dos pacientes segundo hospitalização e cirurgias anteriores. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 05 - Distribuição dos pacientes segundo a classificação dada pela American Society Anesthesiology (ASA). São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 06 - Distribuição dos pacientes segundo tipo de anestesia realizada. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 07 - Distribuição dos pacientes segundo tipo de cirurgia realizada. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 08 - Distribuição dos pacientes segundo o escore para traço e estado de ansiedade. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 09 - Valores referentes aos escores traço de ansiedade, estado de ansiedade e a resposta no pós-operatório segundo o sexo. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 10 - Valores referentes aos escores traço de ansiedade, estado de ansiedade e a resposta no pós-operatório segundo o tipo de anestesia. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 11 - Valores referentes aos escores traço de ansiedade, estado de ansiedade e a resposta no pós-operatório segundo o tipo de cirurgia. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 12 - Distribuição dos pacientes segundo o traço e o estado de ansiedade para cada sexo. São Paulo, 1995.*

GRÁFICO 13 - Distribuição dos pacientes segundo variação individual dos escores referentes ao estado de ansiedade no período pré-operatório. São Paulo, 1995.

GRÁFICO 14 - Distribuição dos pacientes segundo escore referente ao estado de ansiedade e o número de hospitalização e cirurgia anterior. São Paulo, 1995.

GRÁFICO 15 - Distribuição dos pacientes segundo o estado de ansiedade e a idade. São Paulo, 1995.

GRÁFICO 16 - Distribuição dos pacientes segundo o estado de ansiedade e as manifestações clínicas da ansiedade pré-operatória. São Paulo, 1995.

RESUMO

O homem, ao se defrontar com a cirurgia e a anestesia, tem alterações hormonais provocadas pela ansiedade, moduladas pela avaliação cognitiva deste enfrentamento e acompanhadas de alterações fisiológicas perceptíveis. Os objetivos do presente estudo foram verificar a correlação entre o traço e o estado de ansiedade no período pré-operatório, e a influência da ansiedade, na resposta do paciente, no período pós-operatório imediato, em sala de recuperação anestésica. A amostra foi composta por 33 pacientes cirúrgicos. Para a coleta de dados foram utilizados, além dos inventários auto-aplicáveis de traço-estado de ansiedade do paciente no período pré-operatório imediato, dois (2) formulários contendo parâmetros de avaliação clínica dos pacientes. Os dados foram coletados nos períodos pré-operatório imediato e pós-operatório imediato. Os resultados mostraram uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre o traço e o estado de ansiedade, no período pré-operatório ou seja, os pacientes ao enfrentar o ato anestésico cirúrgico, têm seu estado de ansiedade alterado, quando correlacionado ao seu traço de ansiedade e uma correlação não significativa entre o estado de ansiedade, no pré-operatório imediato com os parâmetros clínicos avaliados no período pós-operatório imediato, isto é, os pacientes em SRA não apresentaram alterações decorrentes do estado de ansiedade, no período pós-operatório imediato.

UNITERMOS:

Ansiedade, período pós-operatório imediato, recuperação anestésica.

ABSTRACT

The man when confronting with the surgery and the anesthesia, has hormonal alterations provoked by the anxiety, modulated by the cognitive evaluation done in the person that faces this situation and were accompanied by perceptible physiologic alterations. The goals of this study were to verify the influence of trait-anxiety and state -anxiety in psychobiological manifestation of patient in immediate post-operative period. The data were collected using trait and state anxiety inventory, two questionnaires to evaluate clinical conditions of 33 surgical patients. The data were collected in immediate pre-operative and post-operative periods. The results showed a significant correlation between trait and state anxiety in pre-operative period. There was no significant correlation among state anxiety in pre-operative period and clinical conditions in post-operative period. As conclusion, the correlation was no significant among trait anxiety, state anxiety and psychobiological manifestations in post-operative period.

Key words: anxiety, post operative period, recovery room

Como enfermeira de Sala de Recuperação Anestésica (SRA) de um hospital geral de grande porte, fiquei alguns anos “anestesiada” pelo efeitos farmacológicos das drogas anestésicas utilizadas em procedimentos cirúrgicos e seu “poder” sobre o organismo, ou seja, uma espécie de torpor e fascínio pelos efeitos ocasionados nas pessoas em pós-operatório as quais estavam sob os meus cuidados.

Depois, em um outro estágio da minha vida profissional, passei a me intrigar com o fato de alguns pacientes emergirem da anestesia e da cirurgia, no período pós-operatório imediato, de formas tão diferentes, embora tivessem recebido as mesmas drogas anestésicas e submetidos a procedimentos cirúrgicos semelhantes.

Num determinado momento de minha vida, experimentei a situação de ser um paciente cirúrgico e encontrei, sob meu ponto de vista, o fio condutor que me levou a uma análise mais aprofundada dessa questão.

Foi profunda a diferença entre a situação vivida enquanto profissional e a vivida como paciente, ao ponto de chegar à conclusão de que se tratava de duas duas pessoas diferentes vivendo a mesma experiência.

Todo o conhecimento adquirido e aplicado na prática diária, considerado importante e primordial para a assistência de enfermagem ao paciente em SRA, não me foi suficiente para enfrentar a situação enquanto paciente. Foi então, que entendi o porquê das respostas diferentes dadas pelo organismo ao trauma anestésico cirúrgico, isto é, a cirurgia e a anestesia são situações impostas pela vida e que exigem do homem um enfrentamento, pois como colocam LAZARUS; FOLKMAN (1984) a avaliação subjetiva de uma situação e as características de personalidade de cada pessoa modulam a complexidade de suas respostas a um trauma.

Aproximando esse conceito de LAZARUS; FOLKMAN (1984) à situação específica do trauma anestésico cirúrgico surgiu então a proposta deste estudo, ou seja, como o estado emocional interfere na resposta psicobiológica do indivíduo no período pós-operatório imediato.

Segundo FRANÇA; RODRIGUES, (1996), “no corpo de cada ser humano estão as marcas de sua história, de seu esforço, de suas perdas e vitórias. Assim, o ser humano é seu corpo e não apenas tem um corpo.”

Para DUBOS (1974) “o homem é produto da hereditariedade e do ambiente em que cresce e vive e em que cresceram e viveram seus ancestrais. A hereditariedade reflete os ambientes em que viveu no passado. A espécie Homo Sapiens pode ser descrita com os termos inanimados da Física e da Química, mas o homem de carne e osso, nunca. É reconhecido como um ente único por sua voz, suas expressões faciais, seu modo de andar e mais ainda por suas respostas criadoras ao ambiente e aos acontecimentos. Todos os organismos vivos retêm provas estruturais e funcionais de seu passado evolutivo remoto. Sejam quais forem as condições sob as quais nasceram e se desenvolveram, suas respostas aos estímulos são sempre afetadas pelas experiências do passado, que estão incorporadas em sua constituição genética. As etapas evolutivas, através das quais o homem atingiu o nível Homo Sapiens, explica, por exemplo, os motivos porque a estrutura da sua espinha dorsal pode ser comparada a dos peixes primitivos, ou porque a salinidade de seu sangue ainda reflete a composição da água do mar da qual a vida terrestre emergiu originariamente.”

O homem situado no tempo e no espaço armazena em seu corpo marcas da sua evolução morfogenética, assim como as suas emoções trazem também o componente histórico.

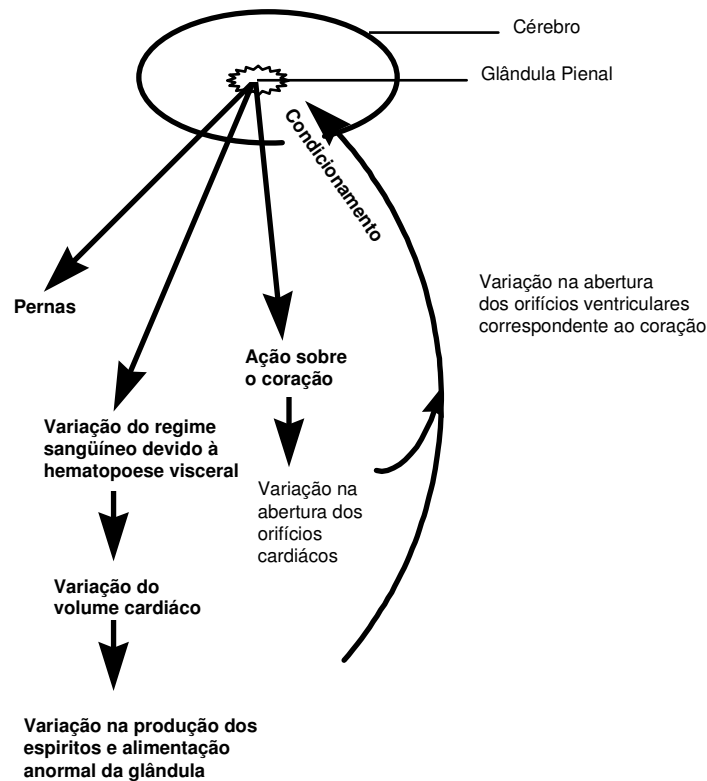
“Nos fatos comuns da vida, o homem continua a reagir fisiologicamente a presença de seres vivos estranhos e especialmente ao competidores humanos.” (DUBOS, 1974). A resposta lutar ou fugir, com todas as suas implicações bioquímicas hormonais e outras, sempre foi adaptativa e continua sendo. A sobrevivência do homem depende de sua capacidade de mobilização dos mecanismos do corpo. É através dela que o ser humano está capacitado a empenhar-se efetivamente em luta física ou fugir tão rapidamente quanto for possível.

Mas o homem, por meio de sua subjetividade e socialização, vivência processos somáticos e psíquicos resultados de estímulos que experimenta e “agora como no passado os seres humanos não reagem apenas às características objetivas de determinada situação mas, tanto ou mais ainda, aos símbolos que a mesma representa para eles “ (DUBOS,1974).

DESCARTES (1973) em suas reflexões, concebeu o ato de pensar como sendo a essência humana e uma atividade da alma (espírito, pensamento, razão): o que não era alma era parte extensa do ser humano, ou seja, matéria. As emoções (paixões) eram decorrentes das sensações provocadas na matéria.

A despeito dessa divisão, DESCARTES (1973) já refletia sobre a ligação entre as duas partes do ser humano e renunciava a participação do sistema endócrino nas reações do corpo, afirmando “a alma está unida a todas as partes do corpo e que não se pode dizer, que a alma esteja em qualquer parte do corpo porque ele é uno”. Já pressupunha a existência de uma pequena glândula no cérebro onde a alma exercia suas funções irradiando-as para todo o resto do corpo, através dos nervos e do sangue, por um mecanismo complexo. A FIGURA 1 ilustra a ligação da alma e a máquina do corpo tal como ele concebia.

FIGURA 1- Ligação da alma e a máquina do corpo tal como a concepção de DESCARTES.



Atualizando algumas das idéias de DESCARTES (1973) para a nossa realidade, e usando a sua própria terminologia, podemos dizer que o ato anestésico cirúrgico engendra um encadeamento de “paixões” que provocam igualmente alterações hormonais como àquelas produzidas ao fugir ou ao enfrentar um animal selvagem e suas respostas aos estímulos terão resquícios das experiências passadas.

As alterações hormonais provocadas no homem pelo procedimento anestésico cirúrgico são descritas de várias formas e por diferentes autores, mas MOORE (1979) a descreve basicamente como sendo “um aumento de adrenalina e noradrenalina originária da medula da supra renal e das sinapses nervosas. A adrenalina inibe a produção de insulina, enquanto estimula a glicogênese e a hidrólise de gordura dos depósitos em ácidos graxos livres. Esta inibição de insulina favorece a liberação de aminoácidos

do músculo, passando a glicose, surge, então, uma excreção aumentada de nitrogênio na urina. Ao mesmo tempo, há uma perfusão diminuída do aparelho justaglomerular do rim, que estimula a produção de renina, angiotensina e aldosterona, que mantém a pressão sanguínea e conserva o sódio e, com este, o líquido intersticial e o volume plasmático. Um estímulo moderado à hipófise produz um aumento nos glicocorticóides sanguíneos que apresentam uma permissiva para a intensificação das alterações”.

Essas alterações ocorridas no homem em decorrência de um estímulo já chamavam também a atenção de SELYE (1959) que ainda em vida acadêmica, como estudante de Medicina, observou que pacientes com diagnósticos diferentes apresentavam as mesmas manifestações o que, na época, denominou de “síndrome de estar doente”. Posteriormente desenvolveu estudos, agora, objetivando o estímulo agressor (temperatura, choque elétrico, sangramentos) e controlando a resposta do organismo de animais por meio de dados clínicos e observação pós-autópsia. Concluiu que existia um padrão de resposta biológica semelhante provocada por estímulos diferentes, que obedeciam a um encadeamento mais ou menos constante, configurando uma síndrome. Essa resposta biológica, Selye denominou **stress**¹ e ao encadeamento da resposta, denominou Síndrome de Adaptação Geral (SAG), que após várias modificações conceituais pode ser descrita da seguinte maneira:

Fase de reação de alarme: caracterizada por reações corporais, resultando da exposição do organismo ao estímulo, ocasionando mudanças hormonais, desencadeadas pelo sistema nervoso central e pelo sistema nervoso autônomo simpático, preparando o corpo para luta ou fuga, com a participação dos hormônios glicocorticóides, mineralocorticóides e as catecolaminas, entre outros (SELYE, 1959 ; GUYTON, 1989).

A rapidez com que esta fase é deflagrada deve-se à descarga adrenérgica da medula da supra-renal e da noradrenalina, em fibras pós-

ganglionares, ocorrendo a taquicardia, aumento da pressão arterial, alterações respiratórias, sudorese, aumento do fluxo sanguíneo muscular, diminuição do fluxo sanguíneo da pele, dilatação pupilar e diminuição da saliva (GUYTON, 1989).

Se esta mobilização do organismo for bem sucedida ou se os estímulos desaparecerem, as funções e os órgãos voltam ao seu nível basal de funcionamento. Mas se estes fatores se mantiverem, o indivíduo enfrentará uma outra fase do SAG denominada fase de resistência.

Fase de resistência: *aparece quando a exposição ao estímulo é prolongada. Os sinais decorrentes das mudanças hormonais desencadeadas na fase anterior diminuem. A predominância hormonal agora é mediada pelo hipotálamo, sendo que os hormônios liberados têm o objetivo de aumentar a capacidade adaptativa às demandas. Nessa fase, existe um esforço em manter a resistência por um período maior.*

Fase de exaustão: *ocorre a falha dos sistemas envolvidos na fase anterior, ou seja, o organismo perde o poder adaptativo; há diminuição ou esgotamento dos mecanismos que o envolve podendo surgir patologias localizadas em órgãos específicos, resultante da falência de órgãos ou seu comprometimento. Esta fase corresponde à síndrome de adaptação local (SAL) fase essa nem sempre atingida. Também não é necessário o organismo desenvolver a fase de resistência se os mecanismos utilizados pelo sistema nervoso central e autônomo forem suficientes para reequilibrar suas funções e neutralizar o stressor (VASCONCELLOS, 1992).*

A SAG, embora descrita em 3 fases, não ocorre assim de forma tão delimitada, isto é, a simultaneidade das fases e a rapidez evolutiva são suas características.

A teoria que Selye denominou Stress teve a importância científica de descrever as repercussões fisiológicas de um estímulo inespecífico no corpo (soma) de um indivíduo.

¹ A palavra stress será utilizada em inglês,

A definição de inespecífico para esse autor está ligada ao estímulo, ou seja, para qualquer estímulo, o organismo biológico apresenta o mesmo encadeamento de resposta que difere apenas de intensidade.

Mais tarde, LAZARUS; FOLKMAN (1984) foram além do modelo bioquímico de Selye. Ampliando o conceito de stress apresentado, incluíram a importância do aparelho cognitivo como mediador da intensidade das respostas aos estímulos, decorrentes das diferentes formas de avaliação feitas pelos indivíduos. Constataram que o ser humano está muito distante de ser apenas um ser biológico, que obedece a um padrão mínimo de resposta. É um ser complexo o qual terá, que conviver com fatores que atuarão na sua estrutura biológica. Isso resultará em demandas psíquicas, as quais serão administradas com graus de competência e resolutividade de acordo com o substrato psíquico de cada um, sua maneira de interpretar os problemas, fazer a avaliação cognitiva, desencadeando alterações hormonais específicas.

Segundo esses autores, os processos cognitivos de avaliação direcionam as reações aos fatores externos e refletem a relação única e mutável que existe entre o homem, seus valores, suas percepções, seus compromissos, pensamentos e seu ambiente.

LAZARUS; FOLKMAN (1984) definem a avaliação cognitiva como “um processo de categorização de um encontro, com o foco no propósito ou no significado desse encontro”. O significado de encontro para esses autores refere-se à aproximação de dois elementos, sendo que um deles é o sujeito e o outro é de natureza diversa e desencadeador do estímulo.

Nesse processo de categorização, são possíveis dois tipos de avaliação: a primária e a secundária.

Esses 2 tipos de avaliação feitas pelos indivíduos produzem respostas, desde as mais primitivas até as mais elaboradas, em função das diferentes áreas cerebrais que foram estimuladas.

A avaliação primária ocorre a partir do primeiro contacto do sujeito com o objeto, desencadeando uma apreciação que visa identificar o

estímulo. Neste caso, a resposta ou reação classificará o estímulo em relevante ou irrelevante. A partir de então, se for considerado relevante, o homem mobilizar-se-á para a ação.

A avaliação primária diferencia-se em:

Benigna-positiva: *ocorre quando o resultado é considerado positivo, podendo aumentar o bem-estar e as possibilidades. Embora as emoções envolvidas sejam consideradas positivas, podem estar presentes apreensões que dependem dos fatores pessoais envolvidos, havendo inclusive a possibilidade de gerar ansiedade e culpa.*

Dano ou perda e ameaça ou desafio: *na avaliação de dano ou perda, a pessoa já tem suportado algum dano à sua auto-estima ou aceitação pessoal, de maneira que a expectativa já está diminuída, portanto, a energia mobilizada é relativamente pequena, visando controlar a frustração ou luto.*

*Na avaliação do encontro como ameaçador surgem implicações negativas de desempenhos futuros, focalizando os prejuízos potenciais. Embora ocorram sentimentos negativos, a ameaça permite um enfrentamento antecipado (**coping**)², possibilitando o planejamento com o intuito de vencer as dificuldades. Quando o sujeito avalia o objeto como desafiador, também se verifica a mobilização dos esforços de enfrentamento. Como o indivíduo vislumbra ganhar, essa situação envolve emoções de excitação, esperança e confiança.*

Essas avaliações podem ocorrer simultaneamente, mas os seus componentes são distintos e devem ser considerados separadamente.

Ressalta-se que a relação entre ameaça e desafio pode mudar no decorrer de um encontro. Por exemplo, uma situação que é avaliada inicialmente como ameaçadora pode vir a ser avaliada como

*de******

provocados pela primeira avaliação, como também reconhecer sua incapacidade para controlá-la.

Vários autores desenvolveram pesquisas sobre o stress, salientando que a reação aos estímulos requer muito mais do que a resposta biológica do homem, envolvendo aspectos psicológicos e sociais.

Como cita CHAVES (1994), os estímulos atuam na esfera biológica, psíquica e social, de forma não isolada, confundem-se, potencializam-se e manifestam-se em qualquer uma delas, de modo concomitante, mostrando que no ser humano a delimitação dessas três esferas é possível apenas como exercício de abstração.

BIANCHI (1990), ao analisar a atuação do enfermeiro de centro cirúrgico, mostra como a situação vivenciada por alguns pode ser vista como um desafio, enquanto para outros, uma ameaça. Essa análise singular de um mesmo fato é decorrente da avaliação cognitiva.

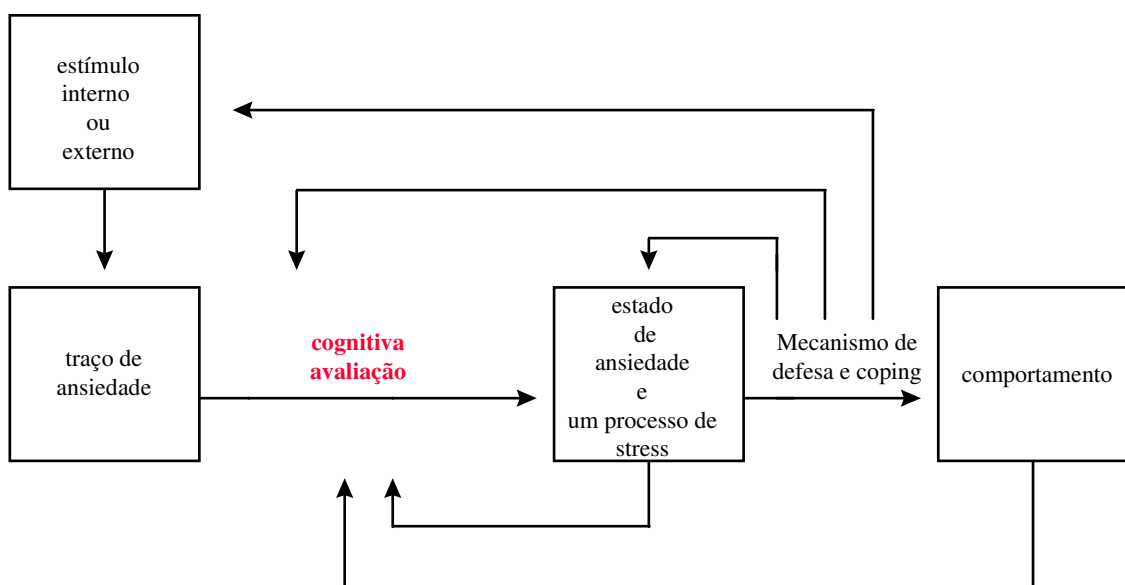
Segundo SPIELBERGER (1979), se um estímulo interno ou externo ao sujeito for interpretado como perigoso ou ameaçador desencadeará uma reação emocional caracterizada como um estado de ansiedade.

Esse autor define estado de ansiedade como reação emocional transitória percebida pela consciência e caracterizada por sentimentos subjetivos de tensionamento, apreensão, nervosismo e preocupação, intensificando a atividade do sistema nervoso autônomo. Estas respostas incluem alteração da frequência cardíaca, do padrão respiratório e da pressão arterial, inquietação, estremecimentos, tremores e aumento de sudorese. Afirma que a maneira como o indivíduo percebe a ameaça é mais importante do que a própria ameaça. Considera as diferenças individuais na percepção e as reações às situações como traços de ansiedade, isto é, comportamentos individuais que permanecem latentes, até que em uma determinada situação são ativados. Estes comportamentos são influenciados por experiências passadas que levam os indivíduos a reagir de determinada forma.

SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE (1979) compararam o traço de ansiedade a uma energia potencial que lhe confere a qualidade de energia latente existente em cada indivíduo e que pode ou não ser liberada em determinadas situações. Também é esperado que pessoas com alto traço de ansiedade apresentem elevação de estado de ansiedade, uma vez que elas tendem a considerar as situações como ameaçadoras. Concebem o mundo como mais perigoso do que as pessoas com baixo traço de ansiedade, reagindo mais intensamente ao estímulo.

Ao responder às percepções de ameaça, o homem lança mão de mecanismos inconscientes e conscientes de defesa. Os últimos, denominados coping, baseiam-se na avaliação cognitiva e serão os enfrentamentos abordados neste trabalho, embora seja sabido que sofram considerável influência dos mecanismos inconscientes. Este processo está ilustrado na FIGURA 2 que aponta como ponto crítico o ato de avaliar.

FIGURA 2 - Esquema modificado a partir do proposto por Spielberger



segundo PINHEIRO (1992), e seus componentes afetivos não se dão pela atividade intelectual, mas sim pela atividade motora, secretora, bioquímica, circulatória e seus componentes afetivos (medo, raiva, alegria e tristeza).

Embora as sensações não constituam processo intelectual, elas relacionam-se estreitamente, a ponto de as alterações somáticas serem mais ou menos intensas, dependendo da avaliação cognitiva (MARINO JUNIOR, 1975). O mesmo autor considera o sistema límbico como o responsável pelas modificações do meio interno, já que ele controla as relações entre o corpo e o mundo externo e, através de seu comando sobre o sistema nervoso autônomo e endócrino, controla também o mundo interno e todas as funções relacionadas à autopreservação. Sendo ele também o repositório dos comportamentos instintivos filogeneticamente adquiridos, controla a preservação da espécie animal, ou seja, as atividades particulares de cada um desses grupos em relação à alimentação, a reações de ataque e defesa, à agressão e a respostas sexuais e maternas. É o substrato neural dos processos das emoções e a gênese de muitas outras funções cerebrais do mais alto nível que representam um elo essencial entre mente e corpo (MARINO JUNIOR, 1975).

Ressalta ainda que “a estrutura cerebral não pode explicar, por si só, os comportamentos. Existe, além das conexões anatômicas, a linguagem bioquímica pela qual os neurônios se comunicam uns com os outros. Em cada estrutura cerebral há mecanismos diferentes que irão determinar como os impulsos serão processados e analisados.” (MARINO JUNIOR, 1975).

MARINO JUNIOR (1975) compara o sistema límbico “a uma torre de Babel onde muitas línguas neuroquímicas são faladas, sendo que neurotransmissores são encontrados nas mais variadas concentrações em diferentes estruturas desse sistema, demonstrando diferenças de função”. Encontram-se sistemas dopamínicos, serotoninínicos, norepinefrínicos, glicínicos, gabaérgicos, colinérgicos e outros, ao longo das estruturas límbicas”.

HILL (1991) enfatiza a importância dos neurotransmissores como moduladores das emoções. Fundamenta-se na mesma teoria que estabelece a ligação entre os neurotransmissores e as emoções, referindo-se especificamente à ansiedade e afirmando que a atividade aumentada do ácido gama-aminobutírico (GABA) está associada aos níveis reduzidos de ansiedade. Segundo ele a descoberta da serotonina e do GABA conduziu a hipótese de interações entre esses neurotransmissores modulando a ansiedade.

Para DRATCU; LADER (1993) diferentes vias de neurotransmissão fazem parte dos mecanismos de mediação da ansiedade, em especial, os sistemas gabaérgico e serotonérgico assim como os dopamínicos, neuropeptidérgicos, entre outros. Tais autores afirmam que é a dimensão cognitiva que acrescenta ao homem a peculiaridade da reação de alarme quando comparado aos demais animais.

NARDI, et al (1996) comentam que, apesar de os estudos sugerirem um forte envolvimento da serotonina com a ansiedade, esse neurotransmissor se encontra envolvido também em outros processos bioquímicos, assim como em outras emoções. Alertam que o desejo de simplificar o funcionamento cerebral a um ou dois neurotransmissores podem resultar no afastamento entre a realidade bioquímica e as evidências clínicas.

No que se refere ao ato cirúrgico, é possível supor que a antecipação deste evento desencadeará sentimentos e avaliação cognitiva que, influenciados pelas diferenças individuais, resultarão em comportamentos peculiares de ajustes que têm por finalidade enfrentar o stress e a ansiedade provocados por este evento.

Essas avaliações cognitivas serão mais efetivas quanto mais dados da realidade o indivíduo tiver. Várias são as possibilidades de obtenção destes dados, desde experiências passadas até a formulação de dúvidas, questionamentos, hipóteses e associações de idéias relativas à cirurgia e à anestesia.

A busca destas informações assim como as emoções envolvidas nessa experiência têm sido referendadas por vários autores, por meio de estudos relativos ao medo da morte, da anestesia, da deformação, da dor, as incertezas relacionadas ao prognóstico, ao tratamento, as preocupações com a família, com emprego entre outras.

Este processo de questionamentos e busca de dados, que dão suporte à avaliação cognitiva, sofre uma ruptura quando a pessoa é submetida a um procedimento anestésico. Neste caso, os medos e as incertezas tendem a aumentar em função da impossibilidade de se obter dados desse momento. Os bloqueios anestésicos vêm acompanhados de uma sedação que, no mínimo, dificulta a capacidade cognitiva do paciente, limitando a utilização das estratégias de coping.

O próprio significado do emblema da American Society of Anesthesiology (ASA) se refere ao paciente como sendo um "navio no mar revolto da inconsciência, com nuvens de dúvidas e ondas de terror" (COLLINS, 1976).

Como citou BRANDÃO (1996), em sua crônica, "adormecido pela anestesia, não tenho controle de minha mente".

A inconsciência é um dos estágios alcançados pela anestesia geral e temida pelo homem. Como relatam PESSINI; BIANCHI (1990), o paciente anestesiado pode ter a sensação de desaparecer "dormindo e ir em rumo do desconhecido sem querer".

Em virtude desta situação, após a realização da cirurgia, encontramos, no período pós-operatório imediato, em SRA, o indivíduo numa fase de vulnerabilidades e de instabilidades orgânicas, com a sua capacidade psicológica adaptativa alterada.

Surgirão, em conseqüência desta experiência, alterações que neste momento, podem ser percebidas por meio de observações clínicas e medidas de parâmetros vitais que vão refletir as condições do paciente, no período de recuperação anestésica.

O resultado desta avaliação clínica não pode ser interpretado puramente como uma manifestação biológica decorrente do processo anestésico-cirúrgico, mas como uma resposta psicossomática da vivência deste evento.

Segundo FRANÇA; RODRIGUES (1996), o ser humano, como único, tem suas dimensões biológica, psicológica e social totalmente ligadas, vividas e desencadeadas de forma simultânea.

Em função destas considerações, é antiga a preocupação, tanto na área médica como na de enfermagem, com a influência do estado emocional do paciente e as conseqüentes variações dos parâmetros clínicos produzidas no período pós-operatório imediato.

KATZ (1971), ao estudar as respostas endócrino-metabólicas às agressões pós-traumáticas e às relacionadas com a convalescência normal e patológica, alerta para a influência dos mecanismos psicológicos sobre as alterações neuro-endócrinas, demonstrando que ocorrem, não só como conseqüência da injúria, mas também como parte dos mecanismos de defesa do homem.

KUHN et al (1986), ao relatarem a experiência de grupo com pacientes de cirurgia cardíaca, em período pré e pós-operatório, com o objetivo de proporcionar a estes a oportunidade de verbalizarem suas ansiedades. Observaram diferença no comportamento dos pacientes, após a cirurgia, com aumento da participação no seu tratamento, indicando diminuição de ansiedade.

WAITZBERG; HOJAIJ (1985); ao considerarem a correlação da ansiedade com a evolução no pós-operatório, de pacientes submetidos a cirurgias, sugeriram um preparo pré-operatório que incluísse um trabalho psicológico, com vistas a diminuir o uso de sedativos e analgésicos, no período pós-operatório.

Para JOUCLAS; SALZANO (1981), o estado emocional do paciente, no período pré-operatório, quando muito alterado, poderá levar a

um adiamento ou cancelamento da cirurgia, assim como expô-lo a um maior número de problemas no período pós-operatório. As autoras planejaram um instrumento de comunicação com o objetivo de assegurar uma assistência de enfermagem individualizada ao paciente. Fundamentadas nesta hipótese, as autoras construíram um instrumento norteador de visita pré-operatória que visava facilitar a obtenção de um perfil do paciente cirúrgico.

Assim, pesquisadoras de Enfermagem em Centro Cirúrgico, preocupadas com a importância da avaliação pré-operatória, vêm propondo e estudando, com profundidade, esta estratégia, como via de conhecimento do paciente.

SILVA (1989) pesquisou a percepção do enfermeiro sobre a necessidade de apoio emocional dos pacientes cirúrgicos, juntamente com formas de oferecimento de apoio emocional, e as facilidades e as dificuldades sentidas por este profissional ao prestar esta assistência. O estudo possibilitou verificar que os enfermeiros percebem a necessidade de apoio emocional dos pacientes cirúrgicos por meio da expressão facial, postura, gestos, olhar, silêncio, choro e alterações fisiológicas. A autora identificou o ato de conversar com o paciente, tocá-lo e ouvi-lo, como meio que a enfermeira utiliza para prestar-lhe apoio emocional. As facilidades encontradas para prestar essa assistência estão relacionadas com a empatia e a formação religiosa. Já as dificuldades referem-se à falta de tempo, de pessoal, de entrosamento e de um instrumento de avaliação perioperatória.

Esta pesquisa evidencia que a intervenção psicológica no paciente ainda é uma dificuldade para a enfermeira e a sua avaliação ainda está baseada no senso comum.

Já, em pesquisa realizada por BIANCHI (1990) com o objetivo de verificar as situações estressantes para o enfermeiro de Centro Cirúrgico no período perioperatório, a função assistencial desenvolvida através da avaliação pré-operatória, foi mencionada como uma função não estressante. A autora levanta duas hipóteses para este fato: por ser uma atividade de

maior envolvimento, gerando maior satisfação, e por ser uma atividade pouco desenvolvida pelo enfermeiro de centro cirúrgico.

Pelas inúmeras dificuldades em avaliar o estado emocional de um paciente e pela dificuldade do profissional em localizar esta necessidade, as pesquisas, de um modo geral, salientam a sua importância e oferecem, como uma das estratégias, a avaliação pré-operatória feita por intermédio da visita pré-operatória ao paciente.

PANZA (1977), em estudo realizado com o objetivo de verificar o efeito da visita pré-operatória da enfermeira sobre o stress do paciente cirúrgico no pré-operatório, no dia da cirurgia e no pós-operatório, concluiu ser significativa a diminuição do stress nos pacientes, quando estes receberam orientações de acordo com os problemas identificados. Afirma, contudo, que as respostas emocionais são difíceis de serem observadas no paciente porque dependem do conhecimento prévio de seu comportamento.

Mesmo com as várias pesquisas realizadas em torno dessa questão, aparentemente existe um embasamento teórico insuficiente para a enfermeira reconhecer e intervir nessa necessidade do paciente. Seu comportamento estará sempre associado às suas características emocionais diante dos fatos vividos até então, ou melhor, ao mecanismo de enfrentamento que utiliza nos casos de estar frente a um perigo eminente. Neste sentido, os enfermeiros ainda não estão voltados ou preparados para dar suporte ou intervir.

TAKAHASHI (1987), ao analisar o nível de satisfação das necessidades psicossociais de informação, de segurança e de afeto-estima, percebidas pelos pacientes submetidos à cirurgia do aparelho digestivo, considerou que as informações devem estar ajustadas às necessidades de cada um, podendo ser efetiva ou não, pois o ser humano percebe a realidade através dos filtros de sua personalidade, de suas experiências pessoais passadas e problemas presentes.

Este autor sugere a hipótese de que as orientações aos pacientes podem ser úteis no controle das emoções, mas isso não pode ser tomado como

regra. A conduta da enfermagem, objetivando a diminuição da ansiedade, está relacionada com uma avaliação emocional adequada e esta, por sua vez, está ligada intimamente à compreensão da subjetividade humana.

Antes de percorrer a trajetória do paciente cirúrgico na busca de respostas as questões deste estudo, procurar-se-á, no capítulo seguinte, desenvolver uma discussão sobre a complexidade da assistência de enfermagem em SRA, local onde o paciente expressa sua reação pós-operatória imediata.

Sala de Recuperação Anestésica: uma abordagem sobre sua complexidade.

A história da SRA tem início em uma época anterior à descoberta da anestesia, quando foram previstos, ao lado da sala de operações, salas menores reservadas para pacientes em estado crítico ou para aqueles submetidos a cirurgias de grande porte, mas foi, em 1942, nos USA, onde se utilizou pela primeira vez o termo “sala de observação pós anestésica” (NOCITE, 1987).

É uma área destinada aos pacientes submetidos ao procedimento anestésico-cirúrgico, onde ficam sob os cuidados das equipes de enfermagem e médica, tendo como objetivo básico concentrar recursos humanos e materiais que atuam na monitorização desses pacientes (DRAIN; SHIPLEY, 1981; NOCITE 1987; ELTRINGHAN; DURKIN; ANDREWS, 1986; HOFFER, 1997).

Para atender os propósitos citados, a melhor localização desta sala é próxima ao centro cirúrgico, diminuindo a distância a ser percorrida pelo paciente, respeitando, assim, sua instabilidade orgânica imposta pela complexidade da situação pós-operatória imediata e facilitando o acesso das equipes cirúrgicas, nos casos de urgência.

Além da questão da localização, do espaço físico apropriado e dos recursos materiais, um ponto extremamente importante, para que os propósitos da assistência em SRA sejam atingidos, é a garantia da especificidade da equipe multiprofissionais, que deve ser treinada e habilitada para prestar cuidados de alta qualidade e individualizados (DRAIN; SHIPLEY, 1981; Mc GAFFIGAN, CHRISTOPH, 1994).

Com relação à equipe de enfermagem, esta deve ser composta por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, devendo em seu planejamento manter proporcionalidade entre o número de leitos existentes, a gravidade dos pacientes e o período de maior movimento em SRA.

A assistência de enfermagem ao paciente, neste local, geralmente está ligada à avaliação dos parâmetros clínicos que depende da observação constante dos pacientes, isto porque a complexidade existente na resposta dada pelo homem ao procedimento anestésico-cirúrgico evidencia que os resultados obtidos com a verificação dos parâmetros clínicos precisam ser interpretados como um reflexo do homem operado, ou seja, não é só a dor que provoca uma taquicardia ou um aumento da pressão arterial. Assim como este, outros sinais também são decorrentes e potencializados pelos fatores ansiogênicos oriundos do procedimento anestésico-cirúrgico.

Neste sentido, a avaliação da evolução do paciente no período pós-operatório imediato, esta pautada na relação direta entre os estímulos provocados pelo ato anestésico-cirúrgico e a alterações dos parâmetros clínicos.

Vários autores (ALDRETE; KROULIK,1970; POSSO,1975; CASTAÑOS 1982; SCHENEIDER, 1982; Mc CONNEL,1987; GRIFFIN,1989; AVELAR, et al 1993) propõem métodos de avaliação do paciente com a utilização de um sistema numérico ou de padrões e critérios de assistência de enfermagem. Com isto, a evolução pós-operatória do indivíduo quase sempre é vista como uma complicação pós-operatória.

Em estudo realizado em por BELLEZZE et al (1989), sobre a incidência de complicações na SRA, em pacientes submetidos à anestesia geral e ao bloqueio raquídeo apontam a hipoventilação, a hipotermia, a dor, a taquicardia, a náusea, o vômito e a agitação como sendo as mais freqüentes.

Mesmo considerando as manifestações orgânicas do homem como respostas a estímulos na sua estrutura biológica e psíquica simultaneamente, na fase pós-operatória imediata essa consideração ainda não encontra espaço para identificação, uma vez que o universo subjetivo do homem e suas manifestações no período transoperatório correspondem a uma situação ainda inacessível dado as características dos instrumentos que se dispõe até o momento para avaliação de uma pessoa inconsciente ou semi-consciente.

Em outras palavras, não se tem meios até hoje, para precisar que tipo de manifestação emocional é possível ocorrer durante um processo anestésico, ou até se ela está mesmo presente ou não e portanto, não se temos base para afirmar ou tão pouco negar que elas estejam interferindo nos parâmetros orgânicos da fase pós-operatória imediata.

Parece não haver dúvida, entre os estudiosos da neuroendocrinologia das emoções, que existe uma correlação estreita entre a percepção sensitiva e cognitiva de uma ameaça, o surgimento da ansiedade e do stress e alterações fisiológicas perceptíveis clinicamente. No entanto, estas afirmações não são tão claras e definitivas em situações nas quais a avaliação cognitiva está ou esteve temporariamente abolida por qualquer motivo.

O processo anestésico-cirúrgico representa um exemplo de supressão temporária da consciência que implica na incompetência, também temporária, do paciente em avaliar cognitivamente a situação a qual está submetido. Surge, a partir de então, a questão em torno do modo como a ansiedade se manifesta clinicamente, nesta situação específica, ou seja, como é a expressão somática do stress quando a subjetividade está embotada por drogas anestésicas. Na busca de esclarecimentos desta questão, este estudo tem por objetivos:

- verificar a correlação entre o traço de ansiedade e o estado de ansiedade no período pré-operatório;

- verificar a correlação entre o estado de ansiedade, no período pré-operatório, e a sua manifestação na resposta do paciente no período pós-operatório.

5.1 - Local de Estudo

Este estudo foi realizado em um hospital geral governamental, localizado na Região Oeste da grande São Paulo, pertencente à Região 2 dos Escritórios Regionais e de Saúde do Município de São Paulo (ERSA 2). Trata-se de uma entidade autárquica com personalidade jurídica e patrimônio próprio, com autonomia administrativa e financeira, vinculada à Secretaria do Estado da Saúde, a partir de março de 1987, e associada à Universidade de São Paulo, destinada ao ensino, à pesquisa e à prestação de serviços médico-hospitalares à comunidade (BOLETIM DO CORPO CLÍNICO, 1996). Divide-se em vários institutos especializados e um geral denominado Instituto Central.

O Instituto Central, onde foi realizado o estudo, é composto por unidades que atendem aos pacientes com problemas clínicos e cirúrgicos.

O acesso dos pacientes aos serviços, oferecidos por essas unidades, é feito através do atendimento de emergência e ambulatorial, podendo o paciente ser encaminhado ao tratamento específico, ocorrendo ou não a internação em enfermarias.

Em 1995, segundo a Divisão de Arquivo Médico, o movimento geral das diversas enfermarias do Instituto Central ficou assim distribuído:

TABELA 01 - Movimento geral das enfermarias do Instituto Central segundo Divisão de Arquivos Médicos. São Paulo, 1995.

<i>Enfermarias</i>	<i>Leitos existentes</i>	<i>Leitos funcionantes</i>	<i>Paciente por dia</i>	<i>Média permanência</i>
<i>1ª. Clínica Médica</i>	104	103	77	14,0
<i>2ª. Clínica Médica</i>	93	86	69	6,1
<i>Dermatologia</i>	20	20	12	7,4
<i>Neurologia</i>	51	50	40	12,6
<i>Moléstias infecciosas</i>	37	37	24	16,0
<i>1ª. Cirurgia</i>	71	71	51	9,1
<i>2ª. Cirurgia</i>	76	76	59	15,6
<i>3ª. Cirurgia</i>	25	25	20	9,6
<i>Queimados/ Cir. Plástica</i>	31	31	24	5,2
<i>Ginecologia</i>	38	38	24	7,6
<i>Obstetrícia</i>	42	42	39	5,8
<i>Urologia</i>	52	52	36	7,9
<i>Otorrinolaringologia</i>	20	20	13	2,3
<i>Oftalmologia</i>	24	24	17	2,6
<i>Oncologia</i>	0	0	0	<i>indefinido</i>
<i>Pronto Socorro</i>	83	82	188	5,1
<i>Berçário</i>	63	63	46	9,3
<i>Radiologia</i>	8	8	0	<i>indefinido</i>
TOTAL	838	828	739	8,0

A média de permanência hospitalar foi de 8 dias, sendo atendidos 739 pacientes por dia, e 22.170 pacientes mensalmente.

Durante o ano de 1995, o movimento cirúrgico do Instituto Central foi de 20.945 pacientes internados nas clínicas, especificados na TABELA 2, resultando numa média mensal de 1715 pacientes submetidos à cirurgia.

TABELA 02 - Movimento cirúrgico anual do Instituto Central segundo Divisão de Arquivo Médico. São Paulo, 1995.

<i>Clínicas</i>	<i>Cirurgias</i>		<i>P.S.</i>	<i>TOTAL</i>
	<i>Enfer.</i>	<i>Amb.</i>		
<i>1ª. Clínica Médica</i>	11	-	-	11
<i>2ª. Clínica Médica</i>	15	169	9	193
<i>Dermatologia</i>	161	317	6	484
<i>Neurologia</i>	693	177	645	1.515
<i>Moléstias Infecciosas</i>	-	-	-	-
<i>1ª. Cirurgia</i>	1.198	265	212	1.675
<i>2ª. Cirurgia</i>	956	88	41	1.085
<i>3ª. Cirurgia</i>	799	1.026	2.006	3.831
<i>Queimados/ Cir. Plástica</i>	1.700	1.092	83	2.875
<i>Ginecologia</i>	999	249	30	1.278
<i>Obstetrícia</i>	1.543	14	589	2.146
<i>Urologia</i>	1.307	513	158	1.978
<i>Otorrinolaringologia</i>	1.246	156	142	1.544
<i>Oftalmologia</i>	186	1.594	517	2.297
<i>Oncologia</i>	-	-	-	-
<i>Pronto Socorro</i>	-	-	-	-
<i>Berçário</i>	-	-	-	-
<i>Odontologia</i>	1	32	-	33
<i>TOTAL</i>	10.815	5.692	4.438	20.945

Para o atendimento aos pacientes cirúrgicos, o Instituto Central possui dois Centros Cirúrgicos: um destinado às cirurgias ambulatoriais e um outro, de maior porte, com 34 salas de operações, destinados às diversas especialidades cirúrgicas, atendendo aos pacientes, tanto nas emergências como também nas cirurgias de urgências e eletivas.

Para dar suporte ao Centro Cirúrgico, existem unidades de diagnóstico e de tratamento, dentre elas a Sala de Recuperação Anestésica (SRA).

Em 1995, foram admitidos, em SRA, 6.615 pacientes, com uma média mensal de 551 pacientes, conforme pode-se observar no GRÁFICO 1, abaixo.

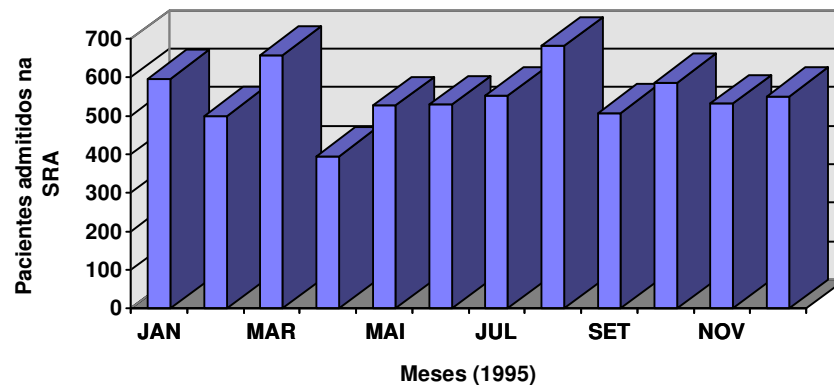


GRÁFICO 01-Número de pacientes admitidos em Sala de Recuperação Anestésica, no período de janeiro a dezembro de 1995.

A SRA ocupa uma área, do Centro Cirúrgico, de 412,5m², com capacidade para 33 leitos, sendo que apenas 13 estão ativados. É uma sala ampla e única, retangular, com áreas delimitadas para expurgo, guarda de material, isolamento (desativado) e preparo de medicação.

A unidade do paciente é composta por camas móveis com grades, um painel com 2 saídas de oxigênio, ar comprimido e vácuo, tomadas de 110 e 220 volts. Cada uma destas unidades possui foco de luz, material de consumo (gaze, luvas, sondas de aspiração, compressas, eletrodos) e equipamentos como monitor cardíaco, oxímetro de pulso, esfigmomanômetro, estetoscópio e termômetro axilar.

Além dos equipamentos fixos existentes, em cada unidade de paciente, existe o carrinho de emergência, desfibrilador, ventiladores mecânicos à pressão, bomba de infusão e negatoscópio.

Esta sala possui um quadro de pessoal de enfermagem composto por uma enfermeira responsável pela chefia da manhã, uma encarregada do período da tarde e outra à noite, responsável por todo o Centro Cirúrgico, 18 auxiliares de enfermagem, 7 pertencentes ao período da manhã, 7 ao período da tarde e 2 em cada plantão noturno. Estes dados estão no QUADRO que se segue,

QUADRO 01-Quadro de pessoal de enfermagem em Sala de Recuperação Anestésica. São Paulo, 1995.

<i>Período</i>	<i>manhã</i>	<i>tarde</i>	<i>noite</i>
<i>enfermeiro</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>–</i>
<i>auxiliar de enfermagem</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>2/2*</i>

** regime de plantão 12/36 horas*

Além da equipe de enfermagem, existe um anesthesiologista responsável pelo plantão e um residente de anesthesiologia que cumpre uma escala de 40 dias na SRA.

São recebidos, nas 24 horas de funcionamento, os pacientes submetidos à intervenção anestésico-cirúrgica, provenientes de cirurgias eletivas, de urgências ou emergências, exceto aqueles considerados graves (ASA 3 e ASA 4), quanto ao risco cirúrgico dado, pela American Society Anesthesiology (ASA), que são encaminhados diretamente à unidade de terapia intensiva de origem. Os pacientes, permanecem em média de 3 a 4 horas nessa sala.

Os pacientes que atendem a esse critério só serão encaminhados à SRA, após a liberação do leito pela enfermeira responsável, e recebidos pela equipe, quando acompanhados do anesthesiologista e circulante da sala de operações. A equipe de enfermagem da SRA, o anesthesiologista e o residente recebem as informações sobre as condições físicas do paciente, patologias associadas, drogas anestésicas utilizadas, procedimentos realizados, intercorrências e prontuário. Esses dados são anotados em impresso próprio, em conjunto com os sinais vitais do paciente.

Existe uma rotina de verificação dos sinais vitais que obedece a um intervalo de 30 minutos, na primeira hora, e de 1 em 1 hora, após esse período, dependendo das condições clínicas do paciente. Seguindo esse mesmo intervalo, é aplicado o índice de Aldrete e Kroulik para avaliação

fisiológica dos pacientes, sendo de responsabilidade da equipe de enfermagem a sua execução.

5.2 - A trajetória do paciente cirúrgico

A trajetória do paciente cirúrgico foi descrita segundo o Manual de Organização e Procedimentos Hospitalares (PROAHSA, 1987).

O agendamento de pacientes às cirurgias eletivas é realizado após a triagem médica especializada e a matrícula no ambulatório que depende do número de cirurgias preestabelecidas pelo professor titular da Clínica, do número de médicos assistentes da clínica cirúrgica, do revezamento do grupo de residentes médicos, do agendamento para exames laboratoriais e radiológicos e dos resultados dos exames realizados, incluindo avaliação pré-anestésica.

Após a avaliação dos exames pedidos e do porte da cirurgia a ser realizada, o paciente é internado e encaminhado à Clínica Cirúrgica correspondente. No dia anterior ao provável da cirurgia, é dada a continuidade do preparo pré-operatório com avaliações feitas pelas equipes de enfermagem, cirúrgica e de anestesiologia. O paciente recebe as orientações relacionadas com as rotinas da unidade, é submetido à avaliação física com o controle da frequência de pulso, frequência respiratória, medida de pressão arterial, verificada a temperatura e o peso, também é feito o preparo da pele, estabelecido o jejum, além das avaliações e preparo específicos referentes à cirurgia e à anestesia.

Durante a visita pré-anestésica, realizada pelo residente de anestesiologia, é investigada a existência de intercorrências relacionadas com anestésias anteriores, é prescrita a medicação pré-anestésica, feita a indicação do tipo de anestesia e realizado o esclarecimento ao paciente sobre suas dúvidas relacionados com o procedimento da anestesia.

Não existe uma metodologia de assistência de enfermagem formalizada e desenvolvida pelas enfermeiras da Instituição, relacionada com os cuidados pré-operatórios do paciente cirúrgico.

No Centro Cirúrgico, o paciente é recebido pela enfermeira, na área destinada à recepção, a qual realiza a conferência de nome, prontuário, da medicação pré-anestésica prescrita e ministrada. É questionado ao paciente, quando acordado, se o mesmo possui alguma patologia associada à patologia de base como alergias e problemas respiratórios. Com relação à verificação dos sinais vitais, só a medida da pressão arterial é feita. São realizadas as anotações de enfermagem no prontuário e o paciente é encaminhado à sala de operações.

O circulante da sala de operações, que é um auxiliar de enfermagem, coloca o paciente na mesa cirúrgica e, em seguida, o anesthesiologista faz a monitorização cardíaca, punção venosa e a colocação do oxímetro de pulso e inicia a indução anestésica. Terminada a indução anestésica, o paciente é colocado na posição cirúrgica indicada e a equipe cirúrgica inicia, após a delimitação da área cirúrgica e colocação dos campos operatórios, a cirurgia. Com o término da cirurgia e a reversão da anestesia, o paciente é transferido para o leito e, em seguida, para a SRA, sob a responsabilidade do anesthesiologista e do circulante de sala de operações.

O paciente é recebido na SRA pelo residente e pelo assistente de anesthesiologia responsáveis, pela enfermeira e pelo auxiliar de enfermagem que fazem a avaliação respiratória seguida da colocação de oxímetro de pulso e, se necessário, a nebulização com oxigênio. Em seguida, são realizados os procedimentos de monitorização cardíaca, controle de pulso, medida da pressão arterial e verificação da temperatura axilar. O paciente é aquecido, tem seus curativos avaliados, drenos, sondas e infusões colocados em posição correta, ao mesmo tempo que é orientado quanto ao final da cirurgia.

Esses cuidados de enfermagem são implementados no paciente até o momento em que há retorno da consciência, estabilidade dos sinais vitais e presença de reflexos protetores, sendo então, encaminhado à unidade de origem ou à unidade de terapia intensiva, dependendo de suas condições clínicas.

Este estudo acompanhou a trajetória dos pacientes nestas fases descritas, sem alterar a rotina de atendimento de enfermagem, tanto da clínica cirúrgica como da SRA.

5.3 - AMOSTRA DE ESTUDO

A amostra estudada constou de 33 pacientes internados nas unidades de Clínica Cirúrgica do Instituto Central para a realização da intervenção anestésico-cirúrgica.

Como critérios para seleção da amostra foram determinados pacientes cirúrgicos:

- alfabetizados;*
- faixa etária de 20 a 65 anos;*
- pertencentes ao programa de cirurgias eletivas;*
- submetidos à intervenção cirúrgica de pequeno e médio porte, segundo FAINTOUCH; FAINTOUCH (1978);*
- encaminhados à SRA, após o ato anestésico-cirúrgico;*
- sem distúrbios orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psiquiátricos, estado físico 1, de acordo com o American Society of Anesthesiology ASA 1 (FAINTOUCH; FAINTOUCH, 1978; HOFFER, 1997) ou com anormalidades fisiológicas, bioquímicas de pequena intensidade, como diabetes mellitus ou hipertensão*

arterial leve e compensada, estado físico 2, de acordo com American Society of Anesthesiology ASA 2 (FAINTUCH; FAINTUCH, 1978; HOFFER, 1997).

Foram excluídos da amostra inicial de 40 pacientes, 7 que não receberam como medicação pré-anestésica o benzodiazepínico, midazolam, e aqueles submetidos a cirurgias urológica e vascular. O propósito da exclusão foi o controle das variáveis que envolvem a droga utilizada como pré-anestésico, tais como, a intensidade, o tempo de ação, o metabolismo e a degradação que diferem de uma droga para outra, em um mesmo grupo farmacológico. Com relação ao procedimento cirúrgico realizado, procurou-se evitar a diversidade de técnicas cirúrgicas. Deu-se preferência para as cirurgias ginecológicas e cirurgias gerais.

5.4 - PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Primeiramente, foi encaminhada solicitação formal à Coordenadoria de Aprimoramento profissional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a realização do estudo. Após análise do projeto de pesquisa, a comissão autorizou a coleta de dados nas unidades de clínicas cirúrgicas (Protocolo nº 2886-95J).

Após o consentimento, fez-se contato com a Diretora de Enfermagem do Hospital e com as enfermeiras responsáveis pelas unidades cirúrgicas para esclarecimentos relativos à pesquisa.

Em seguida, entrou-se em contato com os pacientes cirúrgicos que preenchiam os critérios de seleção da amostra, informando-os sobre a finalidade da pesquisa, da participação voluntária e da garantia do anonimato.

Foram realizadas entrevista com o paciente, foram avaliados os parâmetros clínicos, com exceção do valor da glicemia, que foi obtido pela consulta no prontuário, e aplicação dos questionários. Estes dados foram coletados em duas fases:

***1a fase:** realizada na enfermaria. No dia anterior à cirurgia, os pacientes eram questionados quanto aos dados de identificação contidos no formulário 1 (anexo 1). A seguir, era solicitado ao paciente ficar em posição mais confortável possível para serem avaliados os parâmetros clínicos contidos na segunda parte deste mesmo formulário (parte II - anexo 1). Foi utilizado, especificamente para a medida da pressão arterial, um esfigmomanômetro aneróide, testado semanalmente, contra outro de mercúrio e, para a medida da temperatura, um termômetro instantâneo, que converte a temperatura próxima à membrana timpânica em temperatura oral ou retal.*

Foi explicado para o paciente que estes dois aparelhos eram utilizados com o objetivo de obter dados relacionados à pressão arterial e à temperatura fidedignos aos reais. Quanto ao termômetro utilizado foi explicado que o local para a medida seria o conduto auditivo.

Logo em seguida, foram distribuídos questionários auto-aplicáveis 1 e 2 (anexo 2 e 3). Aguardou-se o preenchimento dos mesmos e, em caso de dúvidas, foi esclarecido que respondessem o questionário 1, conforme se sentiam normalmente e o questionário 2 como se sentiam naquele momento.

Estes questionários, validados e conhecidos como inventários de ansiedade traço e estado de ansiedade (IDATE), tiveram a finalidade de verificar a ansiedade do paciente cirúrgico no período pré-operatório.

***2a fase:** realizada, após a cirurgia, em SRA. A avaliação dos parâmetros clínicos na fase pós-operatória obedeceu aos intervalos*

estabelecidos pela rotina desta unidade, ou seja, um intervalo de 30 minutos, na primeira hora, e de 1 em 1 hora após este período.

Utilizou-se para esta fase do formulário 2 (anexo 4), composto pelos mesmos parâmetros de avaliação do formulário 1 (anexo1), acrescido de tempo de jejum, tipo de anestesia e cirurgia realizadas, medicação pré-anestésica utilizada e classificação quanto ao risco anestésico-cirúrgico.

Os inventários 1 e 2 (anexo 2 e 3) não foram aplicados neste período em virtude da alteração do estado de consciência dos pacientes em fase de recuperação anestésica.

5.5 - INSTRUMENTOS

5.5.1 Formulário 1

***Parte I:** composto por dados gerais de identificação como idade, hospitalização e cirurgia anteriores e cirurgia a ser realizada, pois pressupunha-se que estes dados influenciariam na ansiedade do paciente (anexo1).*

***Parte II:** Tais informações foram julgadas necessárias por conterem parâmetros clínicos considerados por diversos autores como constitutivos da avaliação de pacientes cirúrgicos (ALDRETE; KROULIK, 1970; POSSO, 1975; BELAND; PASSOS, 1978; BEVILACQUA, 1981; CASTAÑOS, 1982; SCHINEIDER, 1982; GRIFFIN, 1989), e por estarem associados à atividade nervosa central autonômica e endócrina desencadeadas pela ansiedade (LACHMAN, 1974; De LUCIA, PLANETA, 1991; McGAFFIGAN; CHRISTOPH, 1994). São eles: frequência de pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura, reflexos protetores (tosse, deglutição), expansibilidade torácica, atividade muscular, sensibilidade cutânea, dor, coloração, nível de consciência, comportamento,*

sinais vegetativos (vômito, náusea, sialorréia, sudorese) e glicemia de jejum (anexo 1).

Na primeira fase da coleta de dados (fase pré-operatória), os itens frequência de pulso, pressão arterial, frequência respiratória e temperatura foram considerados como normais, embora se refiram ao basal do paciente, mesmo que clinicamente não correspondessem à normalidade, uma vez que se pretendia, ao final da pesquisa, acompanhar a possível variação ocorrida entre o período pré e pós-operatório e não propriamente a permanência num estado considerado clinicamente normal ou alterado em ambos os momentos acompanhados. Com relação à verificação da temperatura corporal, CORK (1990); KLEIN et al (1993) demonstraram que, para avaliação fidedigna, o local preferido de leitura é a membrana timpânica, devido à proximidade desta aos vasos sanguíneos e ao hipotálamo. Segundo (GUYTON, 1984), a temperatura oral reflete o valor mais próximo as essas áreas centrais do corpo. Tendo como base esses conceitos, a autora procurou utilizar um termômetro que mostrasse fidedignidade maior do que o termômetro axilar. O Termoscan é um termômetro que, como uma câmera capta o calor ao redor do tímpano, converte-o em temperatura oral. Ele é colocado no conduto auditivo, acionado para leitura e mantido no local até o visor mostrar o valor registrado. O paciente foi orientado quanto a esta forma não rotineira de obtenção da temperatura e a aceitou com muita curiosidade.

Os outros parâmetros usados para avaliação clínica no período pré-operatório foram pontuados, com exceção da dor, com base nas variações propostas pelos autores (ALDRETE; KROULIK, 1970; POSSO, 1975; BELAND; PASSOS, 1978; BEVILACQUA, 1981; CASTAÑOS, 1982; SCHINEIDER, 1982; GRIFFIN, 1989) e a partir daí criou-se três possibilidades de escores: normal (0), alterado (1) e muito alterado (2), conforme mostra o quadro a seguir:

QUADRO 02 - Parâmetros clínicos e respectiva classificação utilizados para avaliação do paciente no período pré-operatório. São Paulo, 1995.

<i>Parâmetros</i>	<i>Escores</i>		
	<i>Normal (0)</i>	<i>Alterado (1)</i>	<i>Muito Alterado (2)</i>
<i>Pulso radial</i>	<i>basal</i>		
<i>Pressão arterial</i>	<i>basal</i>		
<i>Frequência Respiratória</i>	<i>basal</i>		
<i>Temperatura timpânica/oral</i>	<i>basal</i>		
<i>Reflexos protetores (tosse, deglutição)</i>	<i>presentes</i>	<i>deficientes</i>	<i>ausentes</i>
<i>Expansibilidade torácica</i>	<i>Respiração profunda</i>	<i>Utilização de músculos acessórios; movimentos limitados</i>	<i>Apnéia</i>
<i>Atividade muscular</i>	<i>movimentos dos 4 membros</i>	<i>movimento de 2 membros</i>	<i>não movimento dos 4 membros</i>
<i>Sensibilidade cutânea</i>	<i>sensibilidade térmica</i>	<i>sensibilidade dolorosa</i>	<i>sensibilidade tátil</i>
<i>Dor</i>	<i>Sem dor (0.1.2.3)</i>	<i>Pouca dor (4.5.6)</i>	<i>Muita dor (7.8.9.10)</i>
<i>Coloração</i>	<i>róseo</i>	<i>pálido, marmóreo ictérico</i>	<i>cianótico</i>
<i>Consciência</i>	<i>desperto</i>	<i>desperto ao chamar</i>	<i>não responde a estímulos verbais</i>
<i>Comportamento</i>	<i>calmo</i>	<i>agitado ou deprimido</i>	<i>agressivo ou alheio</i>
<i>Sinais vegetativos (náusea, vômito, sialorréia)</i>	<i>ausentes</i>	<i>presente em 1 período</i>	<i>presente em todo o período</i>
<i>Glicemia de jejum</i>	<i>basal</i>		

Quanto à avaliação do parâmetro referente à dor, foi baseada na escala proposta por DOWNIE, et al 1978 apud JENSEN; KAROLY; BRAUER (1986). Essa escala é composta por 11 números entre zero a dez (0 a 10). O zero (0) representa um extremo de dor (ausência) e o dez (10) representa o outro extremo (muita dor).

A pontuação dada pelo paciente nessa escala foi classificada nesta pesquisa em normal (0), quando o paciente avaliava sua dor, entre 0 a 3;

alterada (1), quando o paciente avaliava sua dor entre 4 a 6 e muito alterada (2), quando a pontuação dada era entre 7 a 10.

Este formulário 1 (anexo 1) foi também utilizado na fase pós-operatória com algumas alterações que serão detalhadas oportunamente na apresentação do formulário 2 (anexo 4).

5.5.2. Inventários 1 e 2 (anexo 2 e 3)

Foram utilizados e aplicados pela autora os inventários propostos por SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE (1979) validados e conhecidos como inventário de Ansiedade Traço - Estado (IDATE). Esses inventários são escalas compostas por duas (2) partes distintas para medir dois conceitos subjetivos: ansiedade - traço (anexo 2) e ansiedade - estado (anexo 3). O conceito de ansiedade-traço é definido como a propensão à ansiedade, isto é, a tendência do indivíduo perceber as situações como ameaçadoras, ou seja, como ele geralmente se sente. A ansiedade-estado, segundo ANDREATINI; LEITE (1994), seria transitória, caracterizada por sentimentos desagradáveis conscientemente percebidos, modificando-se com o tempo e sendo influenciada por fatores externos. Essas escalas constam de 20 afirmações, em que o sujeito indica a intensidade naquele momento (estado) ou a frequência com que ocorre (traço), através de uma escala de quatro pontos (1 a 4). O escore de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os escores mais altos indicam maior nível de ansiedade (SPIELBERGER, GORSUCH; LUSHENE, 1979).

Em alguns itens deste inventário, as pontuações devem ser invertidas, já que o conteúdo das afirmações nele contidas é oposto das afirmações dos demais itens. São eles: 1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19, na parte referente ao estado, e 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20 na parte referente ao traço.

Apesar dos autores SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE (1979) considerarem que os indivíduos com capacidade de leitura conseguem responder o IDATE sem grandes problemas, várias dificuldades são apontadas na sua aplicação, tais como: o grau de cooperação do sujeito, a veracidade das informações, as diferenças culturais e lingüísticas entre os indivíduos e efeitos colaterais das drogas utilizadas para sedação. Mesmo assim, optou-se em utilizá-lo, uma vez que, dentre as escalas de medidas de ansiedade, o IDATE ainda tem sido a de maior utilização, mesmo em estudos com pacientes cirúrgicos

Para avaliação dos escores obtidos com os inventários 2 e 3, optou-se pela categorização utilizada por CHAVES (1994), ou seja:

20 a 40 pontos = baixa ansiedade

40 a 60 pontos = média ansiedade

60 a 80 pontos = alta ansiedade

Ao final de cada avaliação, obteve-se um escore referente ao traço de ansiedade e outro, ao estado de ansiedade.

5.5.3 Formulário 2

Parte I: *composto por dados relativos ao tipo de anestesia, tipo de cirurgia realizada, droga pré-anestésica utilizada e tempo de jejum, pois considerava-se que estas informações influenciariam nas comparações e correlações necessárias para este estudo (anexo 4).*

Parte II : contém os mesmos parâmetros de avaliação investigados na fase pré-operatória, diferindo na forma de classificar o pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura e glicemia, ou seja, esses sinais vitais e a glicemia receberam a classificação normal (0), alterado (1) e muito alterado (2), de acordo com a variação existente entre os valores obtidos nos

períodos pré-operatório e o pós-operatório imediato, conforme descrito no QUADRO 3:

QUADRO 03 - Parâmetros clínicos e as respectivas classificações utilizadas para avaliação do paciente no período pós-operatório imediato.

<i>Parâmetros</i>	<i>Escores</i>		
	<i>Normal (0)</i>	<i>Alterado (1)</i>	<i>Muito Alterado (2)</i>
<i>Tempo de jejum</i>	<i>12 horas</i>	<i>13 - 18 horas</i>	<i>19 - 24 horas</i>
<i>Pulso radial</i>	<i>variação de até 20% ou igual ao pré-operatório</i>	<i>variação de 21 a 50% do valor do pré-operatório</i>	<i>variação acima ou abaixo de 50% do valor do pré-operatório</i>
<i>Pressão arterial</i>	<i>variação de até 20% ou igual ao pré-operatório</i>	<i>variação de 21 a 50% do valor pré-operatório</i>	<i>variação acima ou abaixo de 50% do valor pré-operatório</i>
<i>Frequência Respiratória</i>	<i>variação basal de até 20% ou igual ao pré-operatório</i>	<i>variação até 21 a 50% ou do valor do pré-operatório</i>	<i>variação acima ou abaixo de 50% ou do valor do pré-operatório</i>
<i>Temperatura oral</i>	<i>igual ao pré-operatório</i>	<i>variação de até 1^oC do valor pré-operatório</i>	<i>variação acima ou abaixo de 1^oC do valor pré-operatório</i>
<i>Reflexos protetores (tosse, deglutição)</i>	<i>presentes</i>	<i>deficientes</i>	<i>ausentes</i>
<i>Expansibilidade torácica</i>	<i>Respiração profunda</i>	<i>Utilização de músculos acessórios; movimentos limitados</i>	<i>Apnéia</i>
<i>Atividade muscular</i>	<i>movimentos dos 4 membros</i>	<i>movimento de 2 membros</i>	<i>não movimento dos 4 membros</i>
<i>Sensibilidade cutânea</i>	<i>sensibilidade térmica</i>	<i>sensibilidade dolorosa</i>	<i>sensibilidade tátil</i>
<i>Dor</i>	<i>Sem dor (0.1.2.3)</i>	<i>Pouca dor (4.5.6)</i>	<i>Muita dor (7.8.9.10)</i>
<i>Coloração</i>	<i>róseo</i>	<i>pálido, marmóreo ictérico</i>	<i>cianótico</i>
<i>Consciência</i>	<i>Desperto</i>	<i>Desperto ao chamar</i>	<i>não responde a estímulos verbais</i>
<i>Comportamento</i>	<i>calmo</i>	<i>agitado ou deprimido</i>	<i>agressivo ou alheio</i>
<i>Sinais vegetativos (náusea, vômito, sialorréia)</i>	<i>ausentes</i>	<i>presente em 1 período</i>	<i>presente em todo o período</i>
<i>Glicemia de jejum</i>	<i>variação de 20% ou igual ao pré-operatório</i>	<i>variação de até 21 a 50% do valor do pré-operatório</i>	<i>acima ou abaixo de 50% do valor pré-operatório.</i>

Estes parâmetros clínicos foram avaliados e classificados em vários momentos do período pós-operatório, isto é, o paciente teve os parâmetros clínicos avaliados e classificados ao chegar (TPOS), após trinta minutos (TPOS1), após uma hora (TPOS 2), após duas horas(TPOS 3) e após três horas de permanência em SRA.

No final de cada momento, obteve-se um escore de respostas do pós-operatório que poderia variar de zero (0) a vinte e oito (28).

Para avaliação dos escores obtidos foi estabelecida a seguinte categorização:

0 - 09 pontos = normal

10 - 19 pontos = alterado

20 - 28 pontos = muito alterado

5.6 - Tratamento Estatístico

Para análise dos dados, foram realizados testes não paramétricos com a aplicação da prova "U" de Mann-Whitney, e do coeficiente de correlação por postos de Kendall. A prova "U" de Mann-Whitney (SIEGEL1975) foi utilizada na comparação dos grupos considerados independentes. As comparações foram realizadas com os escores obtidos na avaliação de traço de ansiedade, estado de ansiedade e os escores recuperação global no pós-operatório, no momento de chegada à sala de recuperação anestésica, após 30 minutos, após uma hora, após duas horas e após três horas de permanência em SRA.

Após o tratamento estatístico, os grupos foram considerados independentes.

O coeficiente de correlação por postos de Kendall é uma medida útil para mensurações do tipo ordinal e permite prova de significância das associações entre as variáveis existentes (SIEGEL,1975).

A correlação entre traço e estado de ansiedade, estado de ansiedade e hospitalizações anteriores e estado de ansiedade e idade na fase pré-operatória foi realizada para verificar o grau de correspondência entre elas, ou seja, a eventual influência nas variáveis dependentes (resposta no pós-operatório), independente (traço de ansiedade) e interveniente (estado de ansiedade).

Foi também verificada a correlação entre o escore referente, ao estado de ansiedade, à frequência de pulso, à medida de pressão arterial sistólica e diastólica, à frequência respiratória, à temperatura e à glicemia, obtidos na avaliação pré-operatória. Procedeu-se também à correlação do escore referente ao estado de ansiedade, com escore resposta no período pós-operatório na chegada à SRA (TPOS).

O escore obtido com a aplicação do inventário de estado de ansiedade foi também correlacionado com pulso, a pressão arterial sistólica e diastólica, a frequência respiratória, a temperatura e a glicemia do pós-operatório na chegada à SRA (TPOS) e após 30 minutos de permanência nessa sala (TPOS1).

Os demais escores totais obtidos, com a avaliação dos parâmetros clínicos do período pós-operatório (TPOS2, TPOS3, TPOS4) não foram utilizados para a análise por não apresentarem diferenças estatísticas entre aqueles obtidos com a avaliação feita na chegada à SRA (TPOS), após 30 minutos de permanência (TPOS1).

Tanto a prova de Mann-Whitney como o coeficiente de correlação de Kendall foram testados quanto às respectivas significâncias, através da aproximação normal, de modo unicaudal. A probabilidade de ocorrência do erro de primeira espécie foi fixada em 5% e o valor crítico dos testes (Z) foi 1,64.

A trajetória metodológica utilizada neste estudo permitiu que se obtivessem resultados, os quais serão apresentados de modo a facilitar a leitura e a compreensão. Primeiramente será pontuada a caracterização da amostra e, a seguir, as comparações e correlações a que este estudo se propôs.

Há cerca de dois mil anos atrás o filósofo romano Epicleto declarou que “Os homens não são perturbados pelas coisas, mas pela visão que tem das coisas.”

Aos meus pais e irmão

“A presença de alguém com quem se possa compartilhar e comunicar alegria e tristeza cura o trauma.”

(Ferenzi - psicanalista húngaro)

*Ao Né
Guilherme
Gustavo
e
Glauco*

“ Por me ensinarem a definir e sentir as emoções mais elaboradas da vida.”

Agradecimentos

À Dra. Vanda Maria Galvão Jouclas pelo apoio e estímulo profissional na orientação deste trabalho.

À Dra. Eliane Corrêa Chaves pela co-orientação que possibilitou um entendimento completo da ansiedade.

Ao Dr. Jair Lício Ferreira Santos pela orientação aos estudos estatísticos com segurança e objetividade.

Às professoras Arlete Silva, Kazuko Uchikawa Graziano, Maria Alice Fortes Gatto, Maria de Fátima Fernandes Vattimo, Rubia Aparecida Lacerda por mostrarem a diversidade valiosa da colaboração.

Às professoras Ana Cristina Mancussi, Estela Regina Ferraz Bianchi e Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos que com carinho e muita paciência acompanharam-me em momentos especiais.

À professora Maria do Carmo Querido Avelar que com alegria e esperança me ensinou a olhar o mundo.

Aos professores do Departamento Médico-Cirúrgico, pela compreensão necessária nesta fase profissional.

À Julia Tisul Fukushima, Débora Cristina Alavarce e a professora Angela Maria Geraldo Pierin pelo auxílio na finalização deste trabalho.

Ao serviço de Biblioteca e Documentação da Escola de Enfermagem Da USP pela valiosa busca e revisão bibliográfica.

Às equipes de enfermagem das unidades de centro cirúrgico, de recuperação anestésica e clínicas cirúrgicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pela disponibilidade e colaboração durante a coleta de dados.

À Rose, Ana, Tânia, Marisa e Dora que me ofereceram o aconchego nesta trajetória.

Ao Centro de Informática da Escola de Enfermagem da USP por mostrar graficamente este trabalho.

Aos pacientes que, num momento especial de suas vidas, colaboraram para que o meu momento se concretizasse.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Ligação da alma e a máquina do corpo tal como a concepção de DESCARTES.

FIGURA 2 - Esquema modificado a partir do proposto por SPIELBERGER.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 - Quadro de pessoal de enfermagem em Sala de Recuperação Anestésica. São Paulo, 1995.

QUADRO 02 - Parâmetros clínicos e respectiva classificação utilizados para avaliação do paciente no período pré-operatório. São Paulo, 1995.

QUADRO 03 - Parâmetros clínicos e as respectivas classificações utilizadas para avaliação do paciente no período pós-operatório imediato.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - Movimento geral das enfermarias do Instituto Central segundo Divisão de Arquivos Médicos. São Paulo, 1995.

TABELA 02 - Movimento cirúrgico anual do Instituto Central segundo Divisão de Arquivo Médico. São Paulo, 1995.

TABELA 03 - Resultado da prova de correlação por postos de Kendall aplicada aos escores referentes ao traço e estado de ansiedade para cada sexo. São Paulo, 1995.

TABELA 04 - Resultado da prova de correlação por postos de Kendall aplicada aos escores referentes ao estado de ansiedade e a variável hospitalização e cirurgia anterior para cada sexo. São Paulo, 1995.

TABELA 05 - Resultado da prova de correlação por postos de Kendall aplicada aos escores referentes ao estado de ansiedade e a idade para cada sexo. São Paulo, 1995.

TABELA 06 - Resultado da prova de correlação por postos de Kendall aplicada ao escore referente ao estado de ansiedade e a frequência de pulso (P), pressão arterial sistólica e diastólica (PAS, PAD), frequência respiratória (R), temperatura (T) e glicemia (GL) no pré-operatório. São Paulo, 1995.

TABELA 07 - Resultado da prova de correlação por postos de Kendall aplicada aos escores referentes ao estado de ansiedade e ao escore resposta no pós-operatório no momento de chegada à SRA (TPOS). São Paulo, 1995

TABELA 08 - Resultado da prova de correlação por postos de Kendall aplicada ao escore referente ao estado de ansiedade e frequência de pulso (P) pressão arterial sistólica e diastólica (PAS, PAD), frequência respiratória (R), temperatura (T) e glicemia (GL) no pós-operatório. São Paulo, 1995.

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 01 - Número de pacientes admitidos em Sala de Recuperação Anestésica no período, de janeiro a dezembro de 1995.*
- GRÁFICO 02 - Distribuição dos pacientes segundo sexo. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 03 - Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 04 - Distribuição dos pacientes segundo hospitalização e cirurgias anteriores. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 05 - Distribuição dos pacientes segundo a classificação dada pela American Society Anesthesiology (ASA). São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 06 - Distribuição dos pacientes segundo tipo de anestesia realizada. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 07 - Distribuição dos pacientes segundo tipo de cirurgia realizada. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 08 - Distribuição dos pacientes segundo o escore para traço e estado de ansiedade. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 09 - Valores referentes aos escores traço de ansiedade, estado de ansiedade e a resposta no pós-operatório segundo o sexo. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 10 - Valores referentes aos escores traço de ansiedade, estado de ansiedade e a resposta no pós-operatório segundo o tipo de anestesia. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 11 - Valores referentes aos escores traço de ansiedade, estado de ansiedade e a resposta no pós-operatório segundo o tipo de cirurgia. São Paulo, 1995.*
- GRÁFICO 12 - Distribuição dos pacientes segundo o traço e o estado de ansiedade para cada sexo. São Paulo, 1995.*

GRÁFICO 13 - Distribuição dos pacientes segundo variação individual dos escores referentes ao estado de ansiedade no período pré-operatório. São Paulo, 1995.

GRÁFICO 14 - Distribuição dos pacientes segundo escore referente ao estado de ansiedade e o número de hospitalização e cirurgia anterior. São Paulo, 1995.

GRÁFICO 15 - Distribuição dos pacientes segundo o estado de ansiedade e a idade. São Paulo, 1995.

GRÁFICO 16 - Distribuição dos pacientes segundo o estado de ansiedade e as manifestações clínicas da ansiedade pré-operatória. São Paulo, 1995.

RESUMO

O homem, ao se defrontar com a cirurgia e a anestesia, tem alterações hormonais provocadas pela ansiedade, moduladas pela avaliação cognitiva deste enfrentamento e acompanhadas de alterações fisiológicas perceptíveis. Os objetivos do presente estudo foram verificar a correlação entre o traço e o estado de ansiedade no período pré-operatório, e a influência da ansiedade, na resposta do paciente, no período pós-operatório imediato, em sala de recuperação anestésica. A amostra foi composta por 33 pacientes cirúrgicos. Para a coleta de dados foram utilizados, além dos inventários auto-aplicáveis de traço-estado de ansiedade do paciente no período pré-operatório imediato, dois (2) formulários contendo parâmetros de avaliação clínica dos pacientes. Os dados foram coletados nos períodos pré-operatório imediato e pós-operatório imediato. Os resultados mostraram uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre o traço e o estado de ansiedade, no período pré-operatório ou seja, os pacientes ao enfrentar o ato anestésico cirúrgico, têm seu estado de ansiedade alterado, quando correlacionado ao seu traço de ansiedade e uma correlação não significativa entre o estado de ansiedade, no pré-operatório imediato com os parâmetros clínicos avaliados no período pós-operatório imediato, isto é, os pacientes em SRA não apresentaram alterações decorrentes do estado de ansiedade, no período pós-operatório imediato.

UNITERMOS:

Ansiedade, período pós-operatório imediato, recuperação anestésica.

ABSTRACT

The man when confronting with the surgery and the anesthesia, has hormonal alterations provoked by the anxiety, modulated by the cognitive evaluation done in the person that faces this situation and were accompanied by perceptible physiologic alterations. The goals of this study were to verify the influence of trait-anxiety and state -anxiety in psychobiological manifestation of patient in immediate post-operative period. The data were collected using trait and state anxiety inventory, two questionnaires to evaluate clinical conditions of 33 surgical patients. The data were collected in immediate pre-operative and post-operative periods. The results showed a significant correlation between trait and state anxiety in pre-operative period. There was no significant correlation among state anxiety in pre-operative period and clinical conditions in post-operative period. As conclusion, the correlation was no significant among trait anxiety, state anxiety and psychobiological manifestations in post-operative period.

Key words: anxiety, post operative period, recovery room

Como enfermeira de Sala de Recuperação Anestésica (SRA) de um hospital geral de grande porte, fiquei alguns anos “anestesiada” pelo efeitos farmacológicos das drogas anestésicas utilizadas em procedimentos cirúrgicos e seu “poder” sobre o organismo, ou seja, uma espécie de torpor e fascínio pelos efeitos ocasionados nas pessoas em pós-operatório as quais estavam sob os meus cuidados.

Depois, em um outro estágio da minha vida profissional, passei a me intrigar com o fato de alguns pacientes emergirem da anestesia e da cirurgia, no período pós-operatório imediato, de formas tão diferentes, embora tivessem recebido as mesmas drogas anestésicas e submetidos a procedimentos cirúrgicos semelhantes.

Num determinado momento de minha vida, experimentei a situação de ser um paciente cirúrgico e encontrei, sob meu ponto de vista, o fio condutor que me levou a uma análise mais aprofundada dessa questão.

Foi profunda a diferença entre a situação vivida enquanto profissional e a vivida como paciente, ao ponto de chegar à conclusão de que se tratava de duas duas pessoas diferentes vivendo a mesma experiência.

Todo o conhecimento adquirido e aplicado na prática diária, considerado importante e primordial para a assistência de enfermagem ao paciente em SRA, não me foi suficiente para enfrentar a situação enquanto paciente. Foi então, que entendi o porquê das respostas diferentes dadas pelo organismo ao trauma anestésico cirúrgico, isto é, a cirurgia e a anestesia são situações impostas pela vida e que exigem do homem um enfrentamento, pois como colocam LAZARUS; FOLKMAN (1984) a avaliação subjetiva de uma situação e as características de personalidade de cada pessoa modulam a complexidade de suas respostas a um trauma.

Aproximando esse conceito de LAZARUS; FOLKMAN (1984) à situação específica do trauma anestésico cirúrgico surgiu então a proposta deste estudo, ou seja, como o estado emocional interfere na resposta psicobiológica do indivíduo no período pós-operatório imediato.

Segundo FRANÇA; RODRIGUES, (1996), “no corpo de cada ser humano estão as marcas de sua história, de seu esforço, de suas perdas e vitórias. Assim, o ser humano é seu corpo e não apenas tem um corpo.”

Para DUBOS (1974) “o homem é produto da hereditariedade e do ambiente em que cresce e vive e em que cresceram e viveram seus ancestrais. A hereditariedade reflete os ambientes em que viveu no passado. A espécie Homo Sapiens pode ser descrita com os termos inanimados da Física e da Química, mas o homem de carne e osso, nunca. É reconhecido como um ente único por sua voz, suas expressões faciais, seu modo de andar e mais ainda por suas respostas criadoras ao ambiente e aos acontecimentos. Todos os organismos vivos retêm provas estruturais e funcionais de seu passado evolutivo remoto. Sejam quais forem as condições sob as quais nasceram e se desenvolveram, suas respostas aos estímulos são sempre afetadas pelas experiências do passado, que estão incorporadas em sua constituição genética. As etapas evolutivas, através das quais o homem atingiu o nível Homo Sapiens, explica, por exemplo, os motivos porque a estrutura da sua espinha dorsal pode ser comparada a dos peixes primitivos, ou porque a salinidade de seu sangue ainda reflete a composição da água do mar da qual a vida terrestre emergiu originariamente.”

O homem situado no tempo e no espaço armazena em seu corpo marcas da sua evolução morfogenética, assim como as suas emoções trazem também o componente histórico.

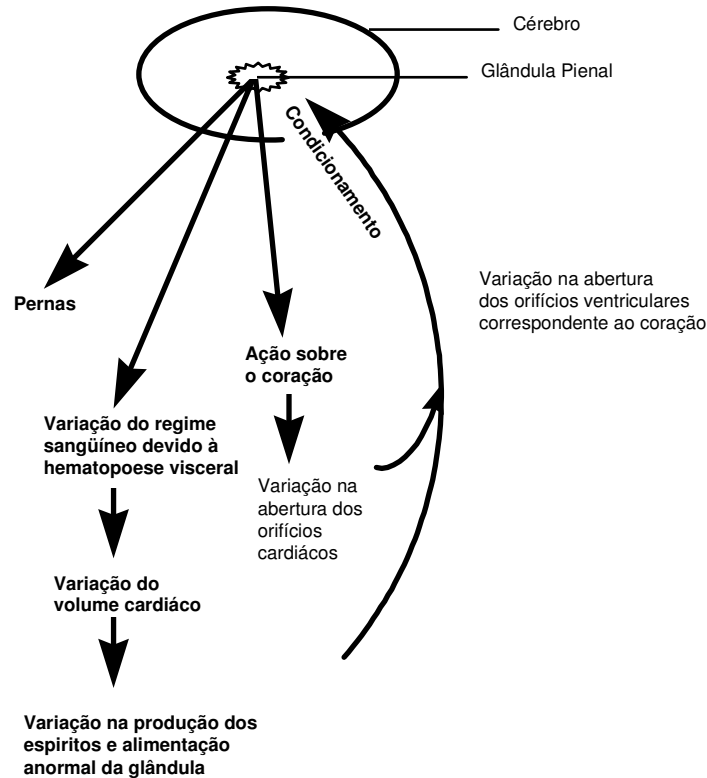
“Nos fatos comuns da vida, o homem continua a reagir fisiologicamente a presença de seres vivos estranhos e especialmente ao competidores humanos.” (DUBOS, 1974). A resposta lutar ou fugir, com todas as suas implicações bioquímicas hormonais e outras, sempre foi adaptativa e continua sendo. A sobrevivência do homem depende de sua capacidade de mobilização dos mecanismos do corpo. É através dela que o ser humano está capacitado a empenhar-se efetivamente em luta física ou fugir tão rapidamente quanto for possível.

Mas o homem, por meio de sua subjetividade e socialização, vivência processos somáticos e psíquicos resultados de estímulos que experimenta e “agora como no passado os seres humanos não reagem apenas às características objetivas de determinada situação mas, tanto ou mais ainda, aos símbolos que a mesma representa para eles “ (DUBOS,1974).

DESCARTES (1973) em suas reflexões, concebeu o ato de pensar como sendo a essência humana e uma atividade da alma (espírito, pensamento, razão): o que não era alma era parte extensa do ser humano, ou seja, matéria. As emoções (paixões) eram decorrentes das sensações provocadas na matéria.

A despeito dessa divisão, DESCARTES (1973) já refletia sobre a ligação entre as duas partes do ser humano e renunciava a participação do sistema endócrino nas reações do corpo, afirmando “a alma está unida a todas as partes do corpo e que não se pode dizer, que a alma esteja em qualquer parte do corpo porque ele é uno”. Já pressupunha a existência de uma pequena glândula no cérebro onde a alma exercia suas funções irradiando-as para todo o resto do corpo, através dos nervos e do sangue, por um mecanismo complexo. A FIGURA 1 ilustra a ligação da alma e a máquina do corpo tal como ele concebia.

FIGURA 1- Ligação da alma e a máquina do corpo tal como a concepção de DESCARTES.



Atualizando algumas das idéias de DESCARTES (1973) para a nossa realidade, e usando a sua própria terminologia, podemos dizer que o ato anestésico cirúrgico engendra um encadeamento de “paixões” que provocam igualmente alterações hormonais como àquelas produzidas ao fugir ou ao enfrentar um animal selvagem e suas respostas aos estímulos terão resquícios das experiências passadas.

As alterações hormonais provocadas no homem pelo procedimento anestésico cirúrgico são descritas de várias formas e por diferentes autores, mas MOORE (1979) a descreve basicamente como sendo “um aumento de adrenalina e noradrenalina originária da medula da supra renal e das sinapses nervosas. A adrenalina inibe a produção de insulina, enquanto estimula a glicogênese e a hidrólise de gordura dos depósitos em ácidos graxos livres. Esta inibição de insulina favorece a liberação de aminoácidos

do músculo, passando a glicose, surge, então, uma excreção aumentada de nitrogênio na urina. Ao mesmo tempo, há uma perfusão diminuída do aparelho justaglomerular do rim, que estimula a produção de renina, angiotensina e aldosterona, que mantém a pressão sanguínea e conserva o sódio e, com este, o líquido intersticial e o volume plasmático. Um estímulo moderado à hipófise produz um aumento nos glicocorticóides sanguíneos que apresentam uma permissiva para a intensificação das alterações”.

Essas alterações ocorridas no homem em decorrência de um estímulo já chamavam também a atenção de SELYE (1959) que ainda em vida acadêmica, como estudante de Medicina, observou que pacientes com diagnósticos diferentes apresentavam as mesmas manifestações o que, na época, denominou de “síndrome de estar doente”. Posteriormente desenvolveu estudos, agora, objetivando o estímulo agressor (temperatura, choque elétrico, sangramentos) e controlando a resposta do organismo de animais por meio de dados clínicos e observação pós-autópsia. Concluiu que existia um padrão de resposta biológica semelhante provocada por estímulos diferentes, que obedeciam a um encadeamento mais ou menos constante, configurando uma síndrome. Essa resposta biológica, Selye denominou **stress**³ e ao encadeamento da resposta, denominou Síndrome de Adaptação Geral (SAG), que após várias modificações conceituais pode ser descrita da seguinte maneira:

Fase de reação de alarme: caracterizada por reações corporais, resultando da exposição do organismo ao estímulo, ocasionando mudanças hormonais, desencadeadas pelo sistema nervoso central e pelo sistema nervoso autônomo simpático, preparando o corpo para luta ou fuga, com a participação dos hormônios glicocorticóides, mineralocorticóides e as catecolaminas, entre outros (SELYE, 1959 ; GUYTON, 1989).

A rapidez com que esta fase é deflagrada deve-se à descarga adrenérgica da medula da supra-renal e da noradrenalina, em fibras pós-

ganglionares, ocorrendo a taquicardia, aumento da pressão arterial, alterações respiratórias, sudorese, aumento do fluxo sanguíneo muscular, diminuição do fluxo sanguíneo da pele, dilatação pupilar e diminuição da saliva (GUYTON, 1989).

Se esta mobilização do organismo for bem sucedida ou se os estímulos desaparecerem, as funções e os órgãos voltam ao seu nível basal de funcionamento. Mas se estes fatores se mantiverem, o indivíduo enfrentará uma outra fase do SAG denominada fase de resistência.

Fase de resistência: *aparece quando a exposição ao estímulo é prolongada. Os sinais decorrentes das mudanças hormonais desencadeadas na fase anterior diminuem. A predominância hormonal agora é mediada pelo hipotálamo, sendo que os hormônios liberados têm o objetivo de aumentar a capacidade adaptativa às demandas. Nessa fase, existe um esforço em manter a resistência por um período maior.*

Fase de exaustão: *ocorre a falha dos sistemas envolvidos na fase anterior, ou seja, o organismo perde o poder adaptativo; há diminuição ou esgotamento dos mecanismos que o envolve podendo surgir patologias localizadas em órgãos específicos, resultante da falência de órgãos ou seu comprometimento. Esta fase corresponde à síndrome de adaptação local (SAL) fase essa nem sempre atingida. Também não é necessário o organismo desenvolver a fase de resistência se os mecanismos utilizados pelo sistema nervoso central e autônomo forem suficientes para reequilibrar suas funções e neutralizar o stressor (VASCONCELLOS, 1992).*

A SAG, embora descrita em 3 fases, não ocorre assim de forma tão delimitada, isto é, a simultaneidade das fases e a rapidez evolutiva são suas características.

A teoria que Selye denominou Stress teve a importância científica de descrever as repercussões fisiológicas de um estímulo inespecífico no corpo (soma) de um indivíduo.

³ A palavra stress será utilizada em inglês,

A definição de inespecífico para esse autor está ligada ao estímulo, ou seja, para qualquer estímulo, o organismo biológico apresenta o mesmo encadeamento de resposta que difere apenas de intensidade.

Mais tarde, LAZARUS; FOLKMAN (1984) foram além do modelo bioquímico de Selye. Ampliando o conceito de stress apresentado, incluíram a importância do aparelho cognitivo como mediador da intensidade das respostas aos estímulos, decorrentes das diferentes formas de avaliação feitas pelos indivíduos. Constataram que o ser humano está muito distante de ser apenas um ser biológico, que obedece a um padrão mínimo de resposta. É um ser complexo o qual terá, que conviver com fatores que atuarão na sua estrutura biológica. Isso resultará em demandas psíquicas, as quais serão administradas com graus de competência e resolutividade de acordo com o substrato psíquico de cada um, sua maneira de interpretar os problemas, fazer a avaliação cognitiva, desencadeando alterações hormonais específicas.

Segundo esses autores, os processos cognitivos de avaliação direcionam as reações aos fatores externos e refletem a relação única e mutável que existe entre o homem, seus valores, suas percepções, seus compromissos, pensamentos e seu ambiente.

LAZARUS; FOLKMAN (1984) definem a avaliação cognitiva como “um processo de categorização de um encontro, com o foco no propósito ou no significado desse encontro”. O significado de encontro para esses autores refere-se à aproximação de dois elementos, sendo que um deles é o sujeito e o outro é de natureza diversa e desencadeador do estímulo.

Nesse processo de categorização, são possíveis dois tipos de avaliação: a primária e a secundária.

Esses 2 tipos de avaliação feitas pelos indivíduos produzem respostas, desde as mais primitivas até as mais elaboradas, em função das diferentes áreas cerebrais que foram estimuladas.

A avaliação primária ocorre a partir do primeiro contacto do sujeito com o objeto, desencadeando uma apreciação que visa identificar o

estímulo. Neste caso, a resposta ou reação classificará o estímulo em relevante ou irrelevante. A partir de então, se for considerado relevante, o homem mobilizar-se-á para a ação.

A avaliação primária diferencia-se em:

Benigna-positiva: *ocorre quando o resultado é considerado positivo, podendo aumentar o bem-estar e as possibilidades. Embora as emoções envolvidas sejam consideradas positivas, podem estar presentes apreensões que dependem dos fatores pessoais envolvidos, havendo inclusive a possibilidade de gerar ansiedade e culpa.*

Dano ou perda e ameaça ou desafio: *na avaliação de dano ou perda, a pessoa já tem suportado algum dano à sua auto-estima ou aceitação pessoal, de maneira que a expectativa já está diminuída, portanto, a energia mobilizada é relativamente pequena, visando controlar a frustração ou luto.*

*Na avaliação do encontro como ameaçador surgem implicações negativas de desempenhos futuros, focalizando os prejuízos potenciais. Embora ocorram sentimentos negativos, a ameaça permite um enfrentamento antecipado (**coping**)⁴, possibilitando o planejamento com o intuito de vencer as dificuldades. Quando o sujeito avalia o objeto como desafiador, também se verifica a mobilização dos esforços de enfrentamento. Como o indivíduo vislumbra ganhar, essa situação envolve emoções de excitação, esperança e confiança.*

Essas avaliações podem ocorrer simultaneamente, mas os seus componentes são distintos e devem ser considerados separadamente.

*Ressalta-se que a relação entre ameaça e desafio pode mudar no decorrer de um encontro. Por exemplo, uma situação que é avaliada inicialmente como ameaçadora pode vir a ser avaliada como desafiadora devido aos esforços de **coping**, que permitem uma visão mais positiva frente às situações, e assim os indivíduos utilizam melhor os recursos disponíveis.*

⁴ A palavra coping será utilizada em inglês

Coping foi definido por LAZARUS; FOLKMAN (1984) como estratégias desenvolvidas para enfrentar as situações. É um esforço cognitivo e comportamental, realizado para dominar, tolerar ou reduzir as demandas externas e internas e o conflito entre elas. Partindo do pressuposto de que as crenças individuais traduzem as idéias e julgamentos sobre a realidade vivenciada e que as normas fundamentam as condutas servindo de guia na compreensão do significado da realidade, é possível supor que ambas tenham influência sobre o coping e, portanto, estabeleçam estreitas relações com o processo de avaliação cognitiva (LAZARUS; FOLKMAN,1984).

O *coping*, além de representar os recursos do indivíduo no enfrentamento das situações para superar o problema ou reduzir a ansiedade, representa também uma tentativa de o indivíduo exercer algum controle sobre o ambiente onde ele se insere, relacionando-se com ele de forma mais adaptativa.

Outro tipo de avaliação é a secundária onde se torna necessária uma ação para o controle da situação. Envolve uma avaliação sobre o que deve ser feito. É um processo complexo que considera opções de coping disponíveis: expectativa de que uma dada opção de coping irá se realizar, expectativa de se utilizar de uma estratégia particular eficaz.

Na avaliação secundária existe a contribuição de novas informações dadas pelo ambiente, gerando uma reavaliação. Assim o estímulo pode ser recategorizado como irrelevante, benigno, ameaçador ou danoso, criando uma sucessão de emoções e avaliações.

Para VASCONCELLOS (1992), a experiência vivida desencadeará um processo psicobiológico que inclui a avaliação cognitiva do evento e que redimensionará esta experiência. O indivíduo pode desenvolver estratégias que o tornem capaz de diminuir ou cessar a sensação de ameaça ou desafio provocados pela primeira avaliação, como também reconhecer sua incapacidade para controlá-la.

Vários autores desenvolveram pesquisas sobre o stress, salientando que a reação aos estímulos requer muito mais do que a resposta biológica do homem, envolvendo aspectos psicológicos e sociais.

Como cita CHAVES (1994), os estímulos atuam na esfera biológica, psíquica e social, de forma não isolada, confundem-se, potencializam-se e manifestam-se em qualquer uma delas, de modo concomitante, mostrando que no ser humano a delimitação dessas três esferas é possível apenas como exercício de abstração.

BIANCHI (1990), ao analisar a atuação do enfermeiro de centro cirúrgico, mostra como a situação vivenciada por alguns pode ser vista como um desafio, enquanto para outros, uma ameaça. Essa análise singular de um mesmo fato é decorrente da avaliação cognitiva.

Segundo SPIELBERGER (1979), se um estímulo interno ou externo ao sujeito for interpretado como perigoso ou ameaçador desencadeará uma reação emocional caracterizada como um estado de ansiedade.

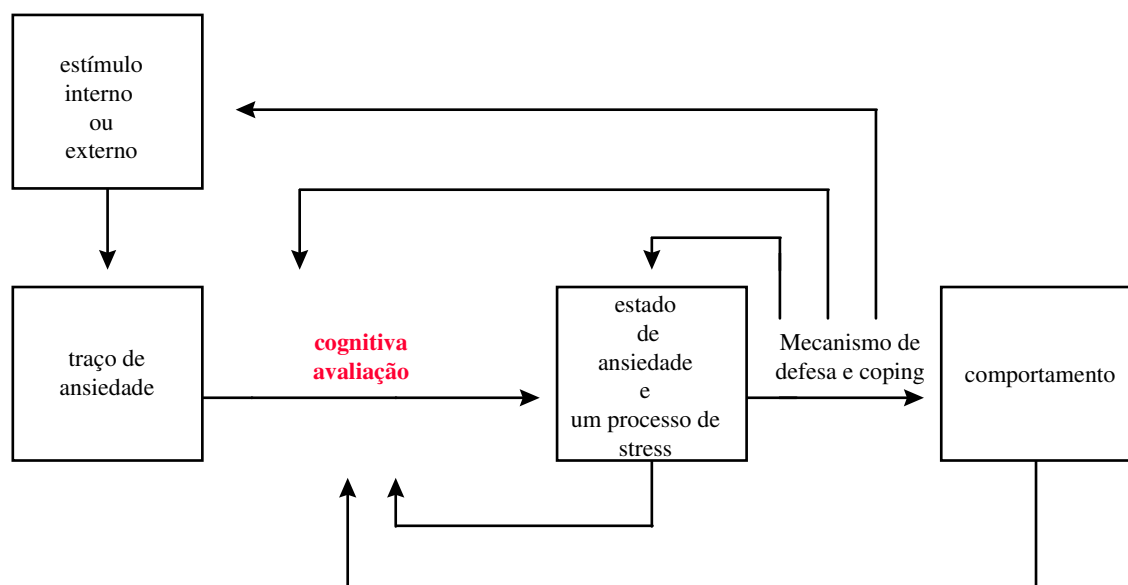
Esse autor define estado de ansiedade como reação emocional transitória percebida pela consciência e caracterizada por sentimentos subjetivos de tensionamento, apreensão, nervosismo e preocupação, intensificando a atividade do sistema nervoso autônomo. Estas respostas incluem alteração da frequência cardíaca, do padrão respiratório e da pressão arterial, inquietação, estremecimentos, tremores e aumento de sudorese. Afirma que a maneira como o indivíduo percebe a ameaça é mais importante do que a própria ameaça. Considera as diferenças individuais na percepção e as reações às situações como traços de ansiedade, isto é, comportamentos individuais que permanecem latentes, até que em uma determinada situação são ativados. Estes comportamentos são influenciados por experiências passadas que levam os indivíduos a reagir de determinada forma.

SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE (1979) compararam o traço de ansiedade a uma energia potencial que lhe confere a qualidade de

energia latente existente em cada indivíduo e que pode ou não ser liberada em determinadas situações. Também é esperado que pessoas com alto traço de ansiedade apresentem elevação de estado de ansiedade, uma vez que elas tendem a considerar as situações como ameaçadoras. Concebem o mundo como mais perigoso do que as pessoas com baixo traço de ansiedade, reagindo mais intensamente ao estímulo.

Ao responder às percepções de ameaça, o homem lança mão de mecanismos inconscientes e conscientes de defesa. Os últimos, denominados coping, baseiam-se na avaliação cognitiva e serão os enfrentamentos abordados neste trabalho, embora seja sabido que sofram considerável influência dos mecanismos inconscientes. Este processo está ilustrado na FIGURA 2 que aponta como ponto crítico o ato de avaliar.

FIGURA 2 - Esquema modificado a partir do proposto por Spielberger



Esta figura apresenta a complexa relação entre estímulos internos e externos, a ansiedade enquanto traço e o estado e o comportamento. O aparecimento de um estado de ansiedade envolve uma seqüência 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 seqüência de comportamentos com o objetivo de evitar ou reduzir o perigo ou ainda ativar processos de enfrentamento que visam reduzir a ansiedade.

MAY (1980) definiu ansiedade como uma relação existente entre a pessoa, o ambiente ameaçador e os processos neurofisiológicos decorrentes desta relação.

Para DRATCU; LADER (1993) ansiedade é um fenômeno adaptativo com duração e intensidade apropriadas e necessárias ao homem no enfrentamento das situações que lhes são impostas pela vida. A duração e intensidade deste fenômeno podem ser expressas graficamente por uma curva de Gaus obtida por experimentos feitos por Yerkes-Dodson em 1908 cuja forma varia de indivíduo para indivíduo portanto, existe um quantum de ansiedade, em diferentes situações da vida que otimiza ou não os recursos do indivíduo para lidar com elas.

MARINO JUNIOR (1975), com referência à relação existente entre a emoção e as estruturas neurológicas anátomofuncionais, aponta o sistema límbico como a estrutura de identificação básica do estímulo e os centros cognitivos do córtex cerebral fundamentalmente como o local de avaliação do estímulo, sendo possível retornar ao hipotálamo, intensificando o processo biológico iniciado. O sistema límbico participa desta avaliação como um “filtro” das informações, onde é feita a seleção do que deve ou não ser avaliado cognitivamente.

Ao receber os impulsos ocasionados pelos estímulos, o sistema límbico os transforma em sensação ou percepção subjetiva. Esta percepção, segundo PINHEIRO (1992), e seus componentes afetivos não se dão pela

atividade intelectual, mas sim pela atividade motora, secretora, bioquímica, circulatória e seus componentes afetivos (medo, raiva, alegria e tristeza).

Embora as sensações não constituam processo intelectual, elas relacionam-se estreitamente, a ponto de as alterações somáticas serem mais ou menos intensas, dependendo da avaliação cognitiva (MARINO JUNIOR, 1975). O mesmo autor considera o sistema límbico como o responsável pelas modificações do meio interno, já que ele controla as relações entre o corpo e o mundo externo e, através de seu comando sobre o sistema nervoso autônomo e endócrino, controla também o mundo interno e todas as funções relacionadas à autopreservação. Sendo ele também o repositório dos comportamentos instintivos filogeneticamente adquiridos, controla a preservação da espécie animal, ou seja, as atividades particulares de cada um desses grupos em relação à alimentação, a reações de ataque e defesa, à agressão e a respostas sexuais e maternas. É o substrato neural dos processos das emoções e a gênese de muitas outras funções cerebrais do mais alto nível que representam um elo essencial entre mente e corpo (MARINO JUNIOR, 1975).

Ressalta ainda que “a estrutura cerebral não pode explicar, por si só, os comportamentos. Existe, além das conexões anatômicas, a linguagem bioquímica pela qual os neurônios se comunicam uns com os outros. Em cada estrutura cerebral há mecanismos diferentes que irão determinar como os impulsos serão processados e analisados.” (MARINO JUNIOR, 1975).

MARINO JUNIOR (1975) compara o sistema límbico “a uma torre de Babel onde muitas línguas neuroquímicas são faladas, sendo que neurotransmissores são encontrados nas mais variadas concentrações em diferentes estruturas desse sistema, demonstrando diferenças de função”. Encontram-se sistemas dopamínicos, serotoninínicos, norepinefrínicos, glicínicos, gabaérgicos, colinérgicos e outros, ao longo das estruturas límbicas”.

HILL (1991) enfatiza a importância dos neurotransmissores como moduladores das emoções. Fundamenta-se na mesma teoria que estabelece a ligação entre os neurotransmissores e as emoções, referindo-se especificamente à ansiedade e afirmando que a atividade aumentada do ácido gama-aminobutírico (GABA) está associada aos níveis reduzidos de ansiedade. Segundo ele a descoberta da serotonina e do GABA conduziu a hipótese de interações entre esses neurotransmissores modulando a ansiedade.

Para DRATCU; LADER (1993) diferentes vias de neurotransmissão fazem parte dos mecanismos de mediação da ansiedade, em especial, os sistemas gabaérgico e serotonérgico assim como os dopamínicos, neuropeptidérgicos, entre outros. Tais autores afirmam que é a dimensão cognitiva que acrescenta ao homem a peculiaridade da reação de alarme quando comparado aos demais animais.

NARDI, et al (1996) comentam que, apesar de os estudos sugerirem um forte envolvimento da serotonina com a ansiedade, esse neurotransmissor se encontra envolvido também em outros processos bioquímicos, assim como em outras emoções. Alertam que o desejo de simplificar o funcionamento cerebral a um ou dois neurotransmissores podem resultar no afastamento entre a realidade bioquímica e as evidências clínicas.

No que se refere ao ato cirúrgico, é possível supor que a antecipação deste evento desencadeará sentimentos e avaliação cognitiva que, influenciados pelas diferenças individuais, resultarão em comportamentos peculiares de ajustes que têm por finalidade enfrentar o stress e a ansiedade provocados por este evento.

Essas avaliações cognitivas serão mais efetivas quanto mais dados da realidade o indivíduo tiver. Várias são as possibilidades de obtenção destes dados, desde experiências passadas até a formulação de dúvidas, questionamentos, hipóteses e associações de idéias relativas à cirurgia e à anestesia.

A busca destas informações assim como as emoções envolvidas nessa experiência têm sido referendadas por vários autores, por meio de estudos relativos ao medo da morte, da anestesia, da deformação, da dor, as incertezas relacionadas ao prognóstico, ao tratamento, as preocupações com a família, com emprego entre outras.

Este processo de questionamentos e busca de dados, que dão suporte à avaliação cognitiva, sofre uma ruptura quando a pessoa é submetida a um procedimento anestésico. Neste caso, os medos e as incertezas tendem a aumentar em função da impossibilidade de se obter dados desse momento. Os bloqueios anestésicos vêm acompanhados de uma sedação que, no mínimo, dificulta a capacidade cognitiva do paciente, limitando a utilização das estratégias de coping.

O próprio significado do emblema da American Society of Anesthesiology (ASA) se refere ao paciente como sendo um "navio no mar revolto da inconsciência, com nuvens de dúvidas e ondas de terror" (COLLINS, 1976).

Como citou BRANDÃO (1996), em sua crônica, "adormecido pela anestesia, não tenho controle de minha mente".

A inconsciência é um dos estágios alcançados pela anestesia geral e temida pelo homem. Como relatam PESSINI; BIANCHI (1990), o paciente anestesiado pode ter a sensação de desaparecer "dormindo e ir em rumo do desconhecido sem querer".

Em virtude desta situação, após a realização da cirurgia, encontramos, no período pós-operatório imediato, em SRA, o indivíduo numa fase de vulnerabilidades e de instabilidades orgânicas, com a sua capacidade psicológica adaptativa alterada.

Surgirão, em conseqüência desta experiência, alterações que neste momento, podem ser percebidas por meio de observações clínicas e medidas de parâmetros vitais que vão refletir as condições do paciente, no período de recuperação anestésica.

O resultado desta avaliação clínica não pode ser interpretado puramente como uma manifestação biológica decorrente do processo anestésico-cirúrgico, mas como uma resposta psicossomática da vivência deste evento.

Segundo FRANÇA; RODRIGUES (1996), o ser humano, como único, tem suas dimensões biológica, psicológica e social totalmente ligadas, vividas e desencadeadas de forma simultânea.

Em função destas considerações, é antiga a preocupação, tanto na área médica como na de enfermagem, com a influência do estado emocional do paciente e as conseqüentes variações dos parâmetros clínicos produzidas no período pós-operatório imediato.

KATZ (1971), ao estudar as respostas endócrino-metabólicas às agressões pós-traumáticas e às relacionadas com a convalescência normal e patológica, alerta para a influência dos mecanismos psicológicos sobre as alterações neuro-endócrinas, demonstrando que ocorrem, não só como conseqüência da injúria, mas também como parte dos mecanismos de defesa do homem.

KUHN et al (1986), ao relatarem a experiência de grupo com pacientes de cirurgia cardíaca, em período pré e pós-operatório, com o objetivo de proporcionar a estes a oportunidade de verbalizarem suas ansiedades. Observaram diferença no comportamento dos pacientes, após a cirurgia, com aumento da participação no seu tratamento, indicando diminuição de ansiedade.

WAITZBERG; HOJAIJ (1985); ao considerarem a correlação da ansiedade com a evolução no pós-operatório, de pacientes submetidos a cirurgias, sugeriram um preparo pré-operatório que incluísse um trabalho psicológico, com vistas a diminuir o uso de sedativos e analgésicos, no período pós-operatório.

Para JOUCLAS; SALZANO (1981), o estado emocional do paciente, no período pré-operatório, quando muito alterado, poderá levar a

um adiamento ou cancelamento da cirurgia, assim como expô-lo a um maior número de problemas no período pós-operatório. As autoras planejaram um instrumento de comunicação com o objetivo de assegurar uma assistência de enfermagem individualizada ao paciente. Fundamentadas nesta hipótese, as autoras construíram um instrumento norteador de visita pré-operatória que visava facilitar a obtenção de um perfil do paciente cirúrgico.

Assim, pesquisadoras de Enfermagem em Centro Cirúrgico, preocupadas com a importância da avaliação pré-operatória, vêm propondo e estudando, com profundidade, esta estratégia, como via de conhecimento do paciente.

SILVA (1989) pesquisou a percepção do enfermeiro sobre a necessidade de apoio emocional dos pacientes cirúrgicos, juntamente com formas de oferecimento de apoio emocional, e as facilidades e as dificuldades sentidas por este profissional ao prestar esta assistência. O estudo possibilitou verificar que os enfermeiros percebem a necessidade de apoio emocional dos pacientes cirúrgicos por meio da expressão facial, postura, gestos, olhar, silêncio, choro e alterações fisiológicas. A autora identificou o ato de conversar com o paciente, tocá-lo e ouvi-lo, como meio que a enfermeira utiliza para prestar-lhe apoio emocional. As facilidades encontradas para prestar essa assistência estão relacionadas com a empatia e a formação religiosa. Já as dificuldades referem-se à falta de tempo, de pessoal, de entrosamento e de um instrumento de avaliação perioperatória.

Esta pesquisa evidencia que a intervenção psicológica no paciente ainda é uma dificuldade para a enfermeira e a sua avaliação ainda está baseada no senso comum.

Já, em pesquisa realizada por BIANCHI (1990) com o objetivo de verificar as situações estressantes para o enfermeiro de Centro Cirúrgico no período perioperatório, a função assistencial desenvolvida através da avaliação pré-operatória, foi mencionada como uma função não estressante. A autora levanta duas hipóteses para este fato: por ser uma atividade de

maior envolvimento, gerando maior satisfação, e por ser uma atividade pouco desenvolvida pelo enfermeiro de centro cirúrgico.

Pelas inúmeras dificuldades em avaliar o estado emocional de um paciente e pela dificuldade do profissional em localizar esta necessidade, as pesquisas, de um modo geral, salientam a sua importância e oferecem, como uma das estratégias, a avaliação pré-operatória feita por intermédio da visita pré-operatória ao paciente.

PANZA (1977), em estudo realizado com o objetivo de verificar o efeito da visita pré-operatória da enfermeira sobre o stress do paciente cirúrgico no pré-operatório, no dia da cirurgia e no pós-operatório, concluiu ser significativa a diminuição do stress nos pacientes, quando estes receberam orientações de acordo com os problemas identificados. Afirma, contudo, que as respostas emocionais são difíceis de serem observadas no paciente porque dependem do conhecimento prévio de seu comportamento.

Mesmo com as várias pesquisas realizadas em torno dessa questão, aparentemente existe um embasamento teórico insuficiente para a enfermeira reconhecer e intervir nessa necessidade do paciente. Seu comportamento estará sempre associado às suas características emocionais diante dos fatos vividos até então, ou melhor, ao mecanismo de enfrentamento que utiliza nos casos de estar frente a um perigo eminente. Neste sentido, os enfermeiros ainda não estão voltados ou preparados para dar suporte ou intervir.

TAKAHASHI (1987), ao analisar o nível de satisfação das necessidades psicossociais de informação, de segurança e de afeto-estima, percebidas pelos pacientes submetidos à cirurgia do aparelho digestivo, considerou que as informações devem estar ajustadas às necessidades de cada um, podendo ser efetiva ou não, pois o ser humano percebe a realidade através dos filtros de sua personalidade, de suas experiências pessoais passadas e problemas presentes.

Este autor sugere a hipótese de que as orientações aos pacientes podem ser úteis no controle das emoções, mas isso não pode ser tomado como

regra. A conduta da enfermagem, objetivando a diminuição da ansiedade, está relacionada com uma avaliação emocional adequada e esta, por sua vez, está ligada intimamente à compreensão da subjetividade humana.

Antes de percorrer a trajetória do paciente cirúrgico na busca de respostas as questões deste estudo, procurar-se-á, no capítulo seguinte, desenvolver uma discussão sobre a complexidade da assistência de enfermagem em SRA, local onde o paciente expressa sua reação pós-operatória imediata.

Sala de Recuperação Anestésica: uma abordagem sobre sua complexidade.

A história da SRA tem início em uma época anterior à descoberta da anestesia, quando foram previstos, ao lado da sala de operações, salas menores reservadas para pacientes em estado crítico ou para aqueles submetidos a cirurgias de grande porte, mas foi, em 1942, nos USA, onde se utilizou pela primeira vez o termo “sala de observação pós anestésica” (NOCITE, 1987).

É uma área destinada aos pacientes submetidos ao procedimento anestésico-cirúrgico, onde ficam sob os cuidados das equipes de enfermagem e médica, tendo como objetivo básico concentrar recursos humanos e materiais que atuam na monitorização desses pacientes (DRAIN; SHIPLEY, 1981; NOCITE 1987; ELTRINGHAN; DURKIN; ANDREWS, 1986; HOFFER, 1997).

Para atender os propósitos citados, a melhor localização desta sala é próxima ao centro cirúrgico, diminuindo a distância a ser percorrida pelo paciente, respeitando, assim, sua instabilidade orgânica imposta pela complexidade da situação pós-operatória imediata e facilitando o acesso das equipes cirúrgicas, nos casos de urgência.

Além da questão da localização, do espaço físico apropriado e dos recursos materiais, um ponto extremamente importante, para que os propósitos da assistência em SRA sejam atingidos, é a garantia da especificidade da equipe multiprofissionais, que deve ser treinada e habilitada para prestar cuidados de alta qualidade e individualizados (DRAIN; SHIPLEY, 1981; Mc GAFFIGAN, CHRISTOPH, 1994).

Com relação à equipe de enfermagem, esta deve ser composta por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, devendo em seu planejamento manter proporcionalidade entre o número de leitos existentes, a gravidade dos pacientes e o período de maior movimento em SRA.

A assistência de enfermagem ao paciente, neste local, geralmente está ligada à avaliação dos parâmetros clínicos que depende da observação constante dos pacientes, isto porque a complexidade existente na resposta dada pelo homem ao procedimento anestésico-cirúrgico evidencia que os resultados obtidos com a verificação dos parâmetros clínicos precisam ser interpretados como um reflexo do homem operado, ou seja, não é só a dor que provoca uma taquicardia ou um aumento da pressão arterial. Assim como este, outros sinais também são decorrentes e potencializados pelos fatores ansiogênicos oriundos do procedimento anestésico-cirúrgico.

Neste sentido, a avaliação da evolução do paciente no período pós-operatório imediato, esta pautada na relação direta entre os estímulos provocados pelo ato anestésico-cirúrgico e a alterações dos parâmetros clínicos.

Vários autores (ALDRETE; KROULIK,1970; POSSO,1975; CASTAÑOS 1982; SCHENEIDER, 1982; Mc CONNEL,1987; GRIFFIN,1989; AVELAR, et al 1993) propõem métodos de avaliação do paciente com a utilização de um sistema numérico ou de padrões e critérios de assistência de enfermagem. Com isto, a evolução pós-operatória do indivíduo quase sempre é vista como uma complicação pós-operatória.

Em estudo realizado em por BELLEZZE et al (1989), sobre a incidência de complicações na SRA, em pacientes submetidos à anestesia geral e ao bloqueio raquídeo apontam a hipoventilação, a hipotermia, a dor, a taquicardia, a náusea, o vômito e a agitação como sendo as mais freqüentes.

Mesmo considerando as manifestações orgânicas do homem como respostas a estímulos na sua estrutura biológica e psíquica simultaneamente, na fase pós-operatória imediata essa consideração ainda não encontra espaço para identificação, uma vez que o universo subjetivo do homem e suas manifestações no período transoperatório correspondem a uma situação ainda inacessível dado as características dos instrumentos que se dispõe até o momento para avaliação de uma pessoa inconsciente ou semi-consciente.

Em outras palavras, não se tem meios até hoje, para precisar que tipo de manifestação emocional é possível ocorrer durante um processo anestésico, ou até se ela está mesmo presente ou não e portanto, não se temos base para afirmar ou tão pouco negar que elas estejam interferindo nos parâmetros orgânicos da fase pós-operatória imediata.

Parece não haver dúvida, entre os estudiosos da neuroendocrinologia das emoções, que existe uma correlação estreita entre a percepção sensitiva e cognitiva de uma ameaça, o surgimento da ansiedade e do stress e alterações fisiológicas perceptíveis clinicamente. No entanto, estas afirmações não são tão claras e definitivas em situações nas quais a avaliação cognitiva está ou esteve temporariamente abolida por qualquer motivo.

O processo anestésico-cirúrgico representa um exemplo de supressão temporária da consciência que implica na incompetência, também temporária, do paciente em avaliar cognitivamente a situação a qual está submetido. Surge, a partir de então, a questão em torno do modo como a ansiedade se manifesta clinicamente, nesta situação específica, ou seja, como é a expressão somática do stress quando a subjetividade está embotada por drogas anestésicas. Na busca de esclarecimentos desta questão, este estudo tem por objetivos:

- verificar a correlação entre o traço de ansiedade e o estado de ansiedade no período pré-operatório;

- verificar a correlação entre o estado de ansiedade, no período pré-operatório, e a sua manifestação na resposta do paciente no período pós-operatório.

5.1 - Local de Estudo

Este estudo foi realizado em um hospital geral governamental, localizado na Região Oeste da grande São Paulo, pertencente à Região 2 dos Escritórios Regionais e de Saúde do Município de São Paulo (ERSA 2). Trata-se de uma entidade autárquica com personalidade jurídica e patrimônio próprio, com autonomia administrativa e financeira, vinculada à Secretaria do Estado da Saúde, a partir de março de 1987, e associada à Universidade de São Paulo, destinada ao ensino, à pesquisa e à prestação de serviços médico-hospitalares à comunidade (BOLETIM DO CORPO CLÍNICO, 1996). Divide-se em vários institutos especializados e um geral denominado Instituto Central.

O Instituto Central, onde foi realizado o estudo, é composto por unidades que atendem aos pacientes com problemas clínicos e cirúrgicos.

O acesso dos pacientes aos serviços, oferecidos por essas unidades, é feito através do atendimento de emergência e ambulatorial, podendo o paciente ser encaminhado ao tratamento específico, ocorrendo ou não a internação em enfermarias.

Em 1995, segundo a Divisão de Arquivo Médico, o movimento geral das diversas enfermarias do Instituto Central ficou assim distribuído:

TABELA 01 - Movimento geral das enfermarias do Instituto Central segundo Divisão de Arquivos Médicos. São Paulo, 1995.

<i>Enfermarias</i>	<i>Leitos existentes</i>	<i>Leitos funcionantes</i>	<i>Paciente por dia</i>	<i>Média permanência</i>
<i>1ª. Clínica Médica</i>	104	103	77	14,0
<i>2ª. Clínica Médica</i>	93	86	69	6,1
<i>Dermatologia</i>	20	20	12	7,4
<i>Neurologia</i>	51	50	40	12,6
<i>Moléstias infecciosas</i>	37	37	24	16,0
<i>1ª. Cirurgia</i>	71	71	51	9,1
<i>2ª. Cirurgia</i>	76	76	59	15,6
<i>3ª. Cirurgia</i>	25	25	20	9,6
<i>Queimados/ Cir. Plástica</i>	31	31	24	5,2
<i>Ginecologia</i>	38	38	24	7,6
<i>Obstetrícia</i>	42	42	39	5,8
<i>Urologia</i>	52	52	36	7,9
<i>Otorrinolaringologia</i>	20	20	13	2,3
<i>Oftalmologia</i>	24	24	17	2,6
<i>Oncologia</i>	0	0	0	<i>indefinido</i>
<i>Pronto Socorro</i>	83	82	188	5,1
<i>Berçário</i>	63	63	46	9,3
<i>Radiologia</i>	8	8	0	<i>indefinido</i>
TOTAL	838	828	739	8,0

A média de permanência hospitalar foi de 8 dias, sendo atendidos 739 pacientes por dia, e 22.170 pacientes mensalmente.

Durante o ano de 1995, o movimento cirúrgico do Instituto Central foi de 20.945 pacientes internados nas clínicas, especificados na TABELA 2, resultando numa média mensal de 1715 pacientes submetidos à cirurgia.

TABELA 02 - Movimento cirúrgico anual do Instituto Central segundo Divisão de Arquivo Médico. São Paulo, 1995.

<i>Clínicas</i>	<i>Cirurgias</i>			<i>TOTAL</i>
	<i>Enfer.</i>	<i>Amb.</i>	<i>P.S.</i>	
<i>1ª. Clínica Médica</i>	11	-	-	11
<i>2ª. Clínica Médica</i>	15	169	9	193
<i>Dermatologia</i>	161	317	6	484
<i>Neurologia</i>	693	177	645	1.515
<i>Moléstias Infecciosas</i>	-	-	-	-
<i>1ª Cirurgia</i>	1.198	265	212	1.675
<i>2ª Cirurgia</i>	956	88	41	1.085
<i>3ª Cirurgia</i>	799	1.026	2.006	3.831
<i>Queimados/ Cir. Plástica</i>	1.700	1.092	83	2.875
<i>Ginecologia</i>	999	249	30	1.278
<i>Obstetrícia</i>	1.543	14	589	2.146
<i>Urologia</i>	1.307	513	158	1.978
<i>Otorrinolaringologia</i>	1.246	156	142	1.544
<i>Oftalmologia</i>	186	1.594	517	2.297
<i>Oncologia</i>	-	-	-	-
<i>Pronto Socorro</i>	-	-	-	-
<i>Berçário</i>	-	-	-	-
<i>Odontologia</i>	1	32	-	33
<i>TOTAL</i>	10.815	5.692	4.438	20.945

Para o atendimento aos pacientes cirúrgicos, o Instituto Central possui dois Centros Cirúrgicos: um destinado às cirurgias ambulatoriais e um outro, de maior porte, com 34 salas de operações, destinados às diversas especialidades cirúrgicas, atendendo aos pacientes, tanto nas emergências como também nas cirurgias de urgências e eletivas.

Para dar suporte ao Centro Cirúrgico, existem unidades de diagnóstico e de tratamento, dentre elas a Sala de Recuperação Anestésica (SRA).

Em 1995, foram admitidos, em SRA, 6.615 pacientes, com uma média mensal de 551 pacientes, conforme pode-se observar no GRÁFICO 1, abaixo.

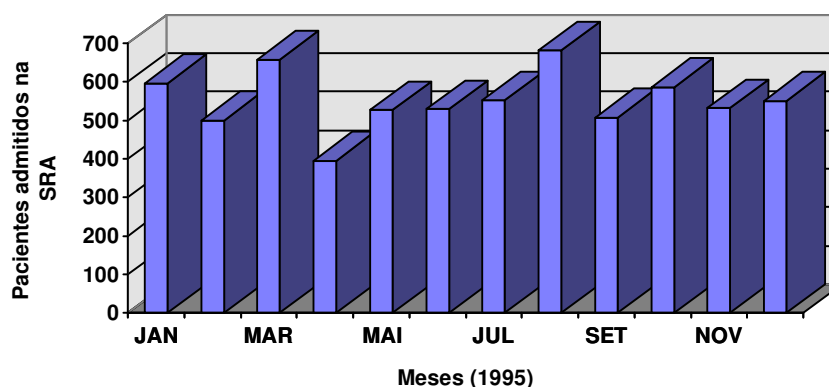


GRÁFICO 01-Número de pacientes admitidos em Sala de Recuperação Anestésica, no período de janeiro a dezembro de 1995.

A SRA ocupa uma área, do Centro Cirúrgico, de 412,5m², com capacidade para 33 leitos, sendo que apenas 13 estão ativados. É uma sala ampla e única, retangular, com áreas delimitadas para expurgo, guarda de material, isolamento (desativado) e preparo de medicação.

A unidade do paciente é composta por camas móveis com grades, um painel com 2 saídas de oxigênio, ar comprimido e vácuo, tomadas de 110 e 220 volts. Cada uma destas unidades possui foco de luz, material de consumo (gaze, luvas, sondas de aspiração, compressas, eletrodos) e equipamentos como monitor cardíaco, oxímetro de pulso, esfigmomanômetro, estetoscópio e termômetro axilar.

Além dos equipamentos fixos existentes, em cada unidade de paciente, existe o carrinho de emergência, desfibrilador, ventiladores mecânicos à pressão, bomba de infusão e negatoscópio.

Esta sala possui um quadro de pessoal de enfermagem composto por uma enfermeira responsável pela chefia da manhã, uma encarregada do período da tarde e outra à noite, responsável por todo o Centro Cirúrgico, 18 auxiliares de enfermagem, 7 pertencentes ao período da manhã, 7 ao período da tarde e 2 em cada plantão noturno. Estes dados estão no QUADRO que se segue,

QUADRO 01-Quadro de pessoal de enfermagem em Sala de Recuperação Anestésica. São Paulo, 1995.

<i>Período</i>	<i>manhã</i>	<i>tarde</i>	<i>noite</i>
<i>enfermeiro</i>	1	1	–
<i>auxiliar de enfermagem</i>	7	7	2/2*

* regime de plantão 12/36 horas

Além da equipe de enfermagem, existe um anestesologista responsável pelo plantão e um residente de anestesiologia que cumpre uma escala de 40 dias na SRA.

São recebidos, nas 24 horas de funcionamento, os pacientes submetidos à intervenção anestésico-cirúrgica, provenientes de cirurgias eletivas, de urgências ou emergências, exceto aqueles considerados graves (ASA 3 e ASA 4), quanto ao risco cirúrgico dado, pela American Society Anesthesiology (ASA), que são encaminhados diretamente à unidade de terapia intensiva de origem. Os pacientes, permanecem em média de 3 a 4 horas nessa sala.

Os pacientes que atendem a esse critério só serão encaminhados à SRA, após a liberação do leito pela enfermeira responsável, e recebidos pela equipe, quando acompanhados do anesthesiologista e circulante da sala de operações. A equipe de enfermagem da SRA, o anesthesiologista e o residente recebem as informações sobre as condições físicas do paciente, patologias associadas, drogas anestésicas utilizadas, procedimentos realizados, intercorrências e prontuário. Esses dados são anotados em impresso próprio, em conjunto com os sinais vitais do paciente.

Existe uma rotina de verificação dos sinais vitais que obedece a um intervalo de 30 minutos, na primeira hora, e de 1 em 1 hora, após esse período, dependendo das condições clínicas do paciente. Seguindo esse mesmo intervalo, é aplicado o índice de Aldrete e Kroulik para avaliação fisiológica dos pacientes, sendo de responsabilidade da equipe de enfermagem a sua execução.

5.2 - A trajetória do paciente cirúrgico

A trajetória do paciente cirúrgico foi descrita segundo o Manual de Organização e Procedimentos Hospitalares (PROAHSA, 1987).

O agendamento de pacientes às cirurgias eletivas é realizado após a triagem médica especializada e a matrícula no ambulatório que depende do número de cirurgias preestabelecidas pelo professor titular da Clínica, do número de médicos assistentes da clínica cirúrgica, do revezamento do grupo de residentes médicos, do agendamento para exames laboratoriais e radiológicos e dos resultados dos exames realizados, incluindo avaliação pré-anestésica.

Após a avaliação dos exames pedidos e do porte da cirurgia a ser realizada, o paciente é internado e encaminhado à Clínica Cirúrgica correspondente.

No dia anterior ao provável da cirurgia, é dada a continuidade do preparo pré-operatório com avaliações feitas pelas equipes de enfermagem, cirúrgica e de anestesiologia. O paciente recebe as orientações relacionadas com as rotinas da unidade, é submetido à avaliação física com o controle da frequência de pulso, frequência respiratória, medida de pressão arterial, verificada a temperatura e o peso, também é feito o preparo da pele, estabelecido o jejum, além das avaliações e preparo específicos referentes à cirurgia e à anestesia.

Durante a visita pré-anestésica, realizada pelo residente de anestesiologia, é investigada a existência de intercorrências relacionadas com anestésias anteriores, é prescrita a medicação pré-anestésica, feita a indicação do tipo de anestesia e realizado o esclarecimento ao paciente sobre suas dúvidas relacionados com o procedimento da anestesia.

Não existe uma metodologia de assistência de enfermagem formalizada e desenvolvida pelas enfermeiras da Instituição, relacionada com os cuidados pré-operatórios do paciente cirúrgico.

No Centro Cirúrgico, o paciente é recebido pela enfermeira, na área destinada à recepção, a qual realiza a conferência de nome, prontuário, da medicação pré-anestésica prescrita e ministrada. É questionado ao paciente, quando acordado, se o mesmo possui alguma patologia associada à patologia de base como alergias e problemas respiratórios. Com relação à verificação dos sinais vitais, só a medida da pressão arterial é feita. São realizadas as anotações de enfermagem no prontuário e o paciente é encaminhado à sala de operações.

O circulante da sala de operações, que é um auxiliar de enfermagem, coloca o paciente na mesa cirúrgica e, em seguida, o anesthesiologista faz a monitorização cardíaca, punção venosa e a colocação do oxímetro de pulso e inicia a indução anestésica. Terminada a indução anestésica, o paciente é colocado na posição cirúrgica indicada e a equipe cirúrgica inicia, após a delimitação da área cirúrgica e colocação dos campos operatórios, a cirurgia. Com o término da cirurgia e a reversão da anestesia, o paciente é transferido para o leito e, em seguida, para a SRA, sob a responsabilidade do anesthesiologista e do circulante de sala de operações.

O paciente é recebido na SRA pelo residente e pelo assistente de anestesiologia responsáveis, pela enfermeira e pelo auxiliar de enfermagem que fazem a avaliação respiratória seguida da colocação de oxímetro de pulso e, se necessário, a nebulização com oxigênio. Em seguida, são realizados os procedimentos de monitorização cardíaca, controle de pulso, medida da pressão arterial e verificação da temperatura axilar. O paciente é aquecido, tem seus curativos avaliados, drenos, sondas e infusões colocados em posição correta, ao mesmo tempo que é orientado quanto ao final da cirurgia.

Esses cuidados de enfermagem são implementados no paciente até o momento em que há retorno da consciência, estabilidade dos sinais vitais e presença de reflexos protetores, sendo então, encaminhado à unidade de origem ou à unidade de terapia intensiva, dependendo de suas condições clínicas.

Este estudo acompanhou a trajetória dos pacientes nestas fases descritas, sem alterar a rotina de atendimento de enfermagem, tanto da clínica cirúrgica como da SRA.

5.3 - AMOSTRA DE ESTUDO

A amostra estudada constou de 33 pacientes internados nas unidades de Clínica Cirúrgica do Instituto Central para a realização da intervenção anestésico-cirúrgica.

Como critérios para seleção da amostra foram determinados pacientes cirúrgicos:

- alfabetizados;*
- faixa etária de 20 a 65 anos;*
- pertencentes ao programa de cirurgias eletivas;*
- submetidos à intervenção cirúrgica de pequeno e médio porte, segundo FAINTUCH; FAINTUCH (1978);*
- encaminhados à SRA, após o ato anestésico-cirúrgico;*

- sem distúrbios orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psiquiátricos, estado físico 1, de acordo com o American Society of Anesthesiology ASA 1 (FAINTUCH; FAINTUCH, 1978; HOFFER, 1997) ou com anormalidades fisiológicas, bioquímicas de pequena intensidade, como diabetes mellitus ou hipertensão arterial leve e compensada, estado físico 2, de acordo com American Society of Anesthesiology ASA 2 (FAINTUCH; FAINTUCH, 1978; HOFFER, 1997).

Foram excluídos da amostra inicial de 40 pacientes, 7 que não receberam como medicação pré-anestésica o benzodiazepínico, midazolam, e aqueles submetidos a cirurgias urológica e vascular. O propósito da exclusão foi o controle das variáveis que envolvem a droga utilizada como pré-anestésico, tais como, a intensidade, o tempo de ação, o metabolismo e a degradação que diferem de uma droga para outra, em um mesmo grupo farmacológico. Com relação ao procedimento cirúrgico realizado, procurou-se evitar a diversidade de técnicas cirúrgicas. Deu-se preferência para as cirurgias ginecológicas e cirurgias gerais.

5.4 - PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Primeiramente, foi encaminhada solicitação formal à Coordenadoria de Aprimoramento profissional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a realização do estudo. Após análise do projeto de pesquisa, a comissão autorizou a coleta de dados nas unidades de clínicas cirúrgicas (Protocolo nº 2886-95J).

Após o consentimento, fez-se contato com a Diretora de Enfermagem do Hospital e com as enfermeiras responsáveis pelas unidades cirúrgicas para esclarecimentos relativos à pesquisa.

Em seguida, entrou-se em contato com os pacientes cirúrgicos que preenchem os critérios de seleção da amostra, informando-os sobre a finalidade da pesquisa, da participação voluntária e da garantia do anonimato.

Foram realizadas entrevista com o paciente, foram avaliados os parâmetros clínicos, com exceção do valor da glicemia, que foi obtido pela consulta no prontuário, e aplicação dos questionários. Estes dados foram coletados em duas fases:

***1a fase:** realizada na enfermaria. No dia anterior à cirurgia, os pacientes eram questionados quanto aos dados de identificação contidos no formulário 1 (anexo 1). A seguir, era solicitado ao paciente ficar em posição mais confortável possível para serem avaliados os parâmetros clínicos contidos na segunda parte deste mesmo formulário (parte II - anexo 1). Foi utilizado, especificamente para a medida da pressão arterial, um esfigmomanômetro aneróide, testado semanalmente, contra outro de mercúrio e, para a medida da temperatura, um termômetro instantâneo, que converte a temperatura próxima à membrana timpânica em temperatura oral ou retal.*

Foi explicado para o paciente que estes dois aparelhos eram utilizados com o objetivo de obter dados relacionados à pressão arterial e à temperatura fidedignos aos reais. Quanto ao termômetro utilizado foi explicado que o local para a medida seria o conduto auditivo.

Logo em seguida, foram distribuídos questionários auto-aplicáveis 1 e 2 (anexo 2 e 3). Aguardou-se o preenchimento dos mesmos e, em caso de dúvidas, foi esclarecido que respondessem o questionário 1, conforme se sentiam normalmente e o questionário 2 como se sentiam naquele momento.

Estes questionários, validados e conhecidos como inventários de ansiedade traço e estado de ansiedade (IDATE), tiveram a finalidade de verificar a ansiedade do paciente cirúrgico no período pré-operatório.

***2a fase:** realizada, após a cirurgia, em SRA. A avaliação dos parâmetros clínicos na fase pós-operatória obedeceu aos intervalos estabelecidos pela rotina desta unidade, ou seja, um intervalo de 30 minutos, na primeira hora, e de 1 em 1 hora após este período.*

Utilizou-se para esta fase do formulário 2 (anexo 4), composto pelos mesmos parâmetros de avaliação do formulário 1 (anexo1), acrescido de tempo de jejum, tipo de anestesia e cirurgia realizadas, medicação pré-anestésica utilizada e classificação quanto ao risco anestésico-cirúrgico.

Os inventários 1 e 2 (anexo 2 e 3) não foram aplicados neste período em virtude da alteração do estado de consciência dos pacientes em fase de recuperação anestésica.

5.5 - INSTRUMENTOS

5.5.1 Formulário 1

***Parte I:** composto por dados gerais de identificação como idade, hospitalização e cirurgia anteriores e cirurgia a ser realizada, pois pressupunha-se que estes dados influenciariam na ansiedade do paciente (anexo1).*

***Parte II:** Tais informações foram julgadas necessárias por conterem parâmetros clínicos considerados por diversos autores como constitutivos da avaliação de pacientes cirúrgicos (ALDRETE; KROULIK, 1970; POSSO, 1975; BELAND; PASSOS, 1978; BEVILACQUA, 1981; CASTAÑOS, 1982; SCHINEIDER, 1982; GRIFFIN, 1989), e por estarem associados à atividade nervosa central autonômica e endócrina desencadeadas pela ansiedade (LACHMAN, 1974; De LUCIA, PLANETA, 1991; McGAFFIGAN; CHRISTOPH, 1994). São eles: frequência de pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura, reflexos protetores (tosse, deglutição), expansibilidade torácica, atividade muscular, sensibilidade cutânea, dor, coloração, nível de consciência, comportamento, sinais vegetativos (vômito, náusea, sialorréia, sudorese) e glicemia de jejum (anexo 1).*

Na primeira fase da coleta de dados (fase pré-operatória), os itens frequência de pulso, pressão arterial, frequência respiratória e temperatura foram considerados como normais, embora se refiram ao basal do paciente, mesmo que clinicamente não correspondessem à normalidade, uma vez que se pretendia, ao final da pesquisa, acompanhar a possível variação ocorrida entre o período pré e pós-operatório e não propriamente a permanência num estado considerado clinicamente

normal ou alterado em ambos os momentos acompanhados. Com relação à verificação da temperatura corporal, CORK (1990); KLEIN et al (1993) demonstraram que, para avaliação fidedigna, o local preferido de leitura é a membrana timpânica, devido à proximidade desta aos vasos sanguíneos e ao hipotálamo. Segundo (GUYTON, 1984), a temperatura oral reflete o valor mais próximo as essas áreas centrais do corpo. Tendo como base esses conceitos, a autora procurou utilizar um termômetro que mostrasse fidedignidade maior do que o termômetro axilar. O Termoscan é um termômetro que, como uma câmera capta o calor ao redor do tímpano, converte-o em temperatura oral. Ele é colocado no conduto auditivo, acionado para leitura e mantido no local até o visor mostrar o valor registrado. O paciente foi orientado quanto a esta forma não rotineira de obtenção da temperatura e a aceitou com muita curiosidade.

Os outros parâmetros usados para avaliação clínica no período pré-operatório foram pontuados, com exceção da dor, com base nas variações propostas pelos autores (ALDRETE; KROULIK, 1970; POSSO, 1975; BELAND; PASSOS, 1978; BEVILACQUA, 1981; CASTAÑOS, 1982; SCHINEIDER, 1982; GRIFFIN, 1989) e a partir daí criou-se três possibilidades de escores: normal (0), alterado (1) e muito alterado (2), conforme mostra o quadro a seguir:

QUADRO 02 - Parâmetros clínicos e respectiva classificação utilizados para avaliação do paciente no período pré-operatório. São Paulo, 1995.

<i>Parâmetros</i>	<i>Escores</i>		
	<i>Normal (0)</i>	<i>Alterado (1)</i>	<i>Muito Alterado (2)</i>
<i>Pulso radial</i>	<i>basal</i>		
<i>Pressão arterial</i>	<i>basal</i>		
<i>Frequência Respiratória</i>	<i>basal</i>		
<i>Temperatura timpânica/oral</i>	<i>basal</i>		
<i>Reflexos protetores (tosse, deglutição)</i>	<i>presentes</i>	<i>deficientes</i>	<i>ausentes</i>
<i>Expansibilidade torácica</i>	<i>Respiração profunda</i>	<i>Utilização de músculos acessórios; movimentos limitados</i>	<i>Apnéia</i>
<i>Atividade muscular</i>	<i>movimentos dos 4 membros</i>	<i>movimento de 2 membros</i>	<i>não movimento dos 4 membros</i>
<i>Sensibilidade cutânea</i>	<i>sensibilidade térmica</i>	<i>sensibilidade dolorosa</i>	<i>sensibilidade tátil</i>
<i>Dor</i>	<i>Sem dor (0.1.2.3)</i>	<i>Pouca dor (4.5.6)</i>	<i>Muita dor (7.8.9.10)</i>
<i>Coloração</i>	<i>róseo</i>	<i>pálido, marmóreo ictérico</i>	<i>cianótico</i>
<i>Consciência</i>	<i>desperto</i>	<i>desperto ao chamar</i>	<i>não responde a estímulos verbais</i>
<i>Comportamento</i>	<i>calmo</i>	<i>agitado ou deprimido</i>	<i>agressivo ou alheio</i>
<i>Sinais vegetativos (náusea, vômito, sialorréia)</i>	<i>ausentes</i>	<i>presente em 1 período</i>	<i>presente em todo o período</i>
<i>Glicemia de jejum</i>	<i>basal</i>		

Quanto à avaliação do parâmetro referente à dor, foi baseada na escala proposta por DOWNIE, et al 1978 apud JENSEN; KAROLY; BRAUER (1986). Essa escala é composta por 11 números entre zero a dez (0 a 10). O zero (0) representa um extremo de dor (ausência) e o dez (10) representa o outro extremo (muita dor).

A pontuação dada pelo paciente nessa escala foi classificada nesta pesquisa em normal (0), quando o paciente avaliava sua dor, entre 0 a 3; alterada (1), quando o paciente avaliava sua dor entre 4 a 6 e muito alterada (2), quando a pontuação dada era entre 7 a 10.

Este formulário 1 (anexo1) foi também utilizado na fase pós-operatória com algumas alterações que serão detalhadas oportunamente na apresentação do formulário 2 (anexo 4).

5.5.2. Inventários 1 e 2 (anexo 2 e 3)

Foram utilizados e aplicados pela autora os inventários propostos por SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE (1979) validados e conhecidos como inventário de Ansiedade Traço - Estado (IDATE). Esses inventários são escalas compostas por duas (2) partes distintas para medir dois conceitos subjetivos: ansiedade - traço (anexo 2) e ansiedade - estado (anexo 3). O conceito de ansiedade-traço é definido como a propensão à ansiedade, isto é, a tendência do indivíduo perceber as situações como ameaçadoras, ou seja, como ele geralmente se sente. A ansiedade-estado, segundo ANDREATINI; LEITE (1994), seria transitória, caracterizada por sentimentos desagradáveis conscientemente percebidos, modificando-se com o tempo e sendo influenciada por fatores externos. Essas escalas constam de 20 afirmações, em que o sujeito indica a intensidade naquele momento (estado) ou a frequência com que ocorre (traço), através de uma escala de quatro pontos (1 a 4). O escore de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os escores mais altos indicam maior nível de ansiedade (SPIELBERGER, GORSUCH; LUSHENE, 1979).

Em alguns itens deste inventário, as pontuações devem ser invertidas, já que o conteúdo das afirmações nele contidas é oposto das afirmações dos demais itens. São eles: 1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19, na parte referente ao traço, e 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20 na parte referente ao estado.

Apesar dos autores SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE (1979) considerarem que os indivíduos com capacidade de leitura conseguem responder o IDATE sem grandes problemas, várias dificuldades são apontadas na sua aplicação, tais como: o grau de cooperação do sujeito, a veracidade das informações, as diferenças culturais e lingüísticas entre os indivíduos e efeitos colaterais das drogas utilizadas para sedação. Mesmo assim, optou-se em utilizá-lo, uma vez que, dentre as escalas de medidas de ansiedade, o IDATE ainda tem sido a de maior utilização, mesmo em estudos com pacientes cirúrgicos

Para avaliação dos escores obtidos com os inventários 2 e 3, optou-se pela categorização utilizada por CHAVES (1994), ou seja:

20 a 40 pontos = baixa ansiedade

40 a 60 pontos = média ansiedade

60 a 80 pontos = alta ansiedade

Ao final de cada avaliação, obteve-se um escore referente ao traço de ansiedade e outro, ao estado de ansiedade.

5.5.3 Formulário 2

Parte I: composto por dados relativos ao tipo de anestesia, tipo de cirurgia realizada, droga pré-anestésica utilizada e tempo de jejum, pois considerava-se que estas informações influenciariam nas comparações e correlações necessárias para este estudo (anexo 4).

Parte II : contém os mesmos parâmetros de avaliação investigados na fase pré-operatória, diferindo na forma de classificar o pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura e glicemia, ou seja, esses sinais vitais e a glicemia receberam a classificação normal (0), alterado (1) e muito alterado (2), de acordo com a variação existente entre os valores obtidos nos períodos pré-operatório e o pós-operatório imediato, conforme descrito no QUADRO 3:

QUADRO 03 - Parâmetros clínicos e as respectivas classificações utilizadas para avaliação do paciente no período pós-operatório imediato.

Parâmetros	Escore		
	Normal (0)	Alterado (1)	Muito Alterado (2)
Tempo de jejum	12 horas	13 - 18 horas	19 - 24 horas
Pulso radial	variação de até 20% ou igual ao pré-operatório	variação de 21 a 50% do valor do pré-operatório	variação acima ou abaixo de 50% do valor do pré-operatório
Pressão arterial	variação de até 20% ou igual ao pré-operatório	variação de 21 a 50% do valor pré-operatório	variação acima ou abaixo de 50% do valor pré-operatório
Frequência Respiratória	variação basal de até 20% ou igual ao pré-operatório	variação até 21 a 50% ou do valor do pré-operatório	variação acima ou abaixo de 50% ou do valor do pré-operatório
Temperatura oral	igual ao pré-operatório	variação de até 1 ^o C do valor pré-operatório	variação acima ou abaixo de 1 ^o C do valor pré-operatório
Reflexos protetores (tosse, deglutição)	presentes	deficientes	ausentes
Expansibilidade torácica	Respiração profunda	Utilização de músculos acessórios; movimentos limitados	Apnéia

<i>Atividade muscular</i>	<i>movimentos dos 4 membros</i>	<i>movimento de 2 membros</i>	<i>não movimento dos 4 membros</i>
<i>Sensibilidade cutânea</i>	<i>sensibilidade térmica</i>	<i>sensibilidade dolorosa</i>	<i>sensibilidade tátil</i>
<i>Dor</i>	<i>Sem dor (0.1.2.3)</i>	<i>Pouca dor (4.5.6)</i>	<i>Muita dor (7.8.9.10)</i>
<i>Coloração</i>	<i>róseo</i>	<i>pálido, marmóreo ictérico</i>	<i>cianótico</i>
<i>Consciência</i>	<i>Desperto</i>	<i>Desperto ao chamar</i>	<i>não responde a estímulos verbais</i>
<i>Comportamento</i>	<i>calmo</i>	<i>agitado ou deprimido</i>	<i>agressivo ou alheio</i>
<i>Sinais vegetativos (náusea, vômito, sialorréia)</i>	<i>ausentes</i>	<i>presente em 1 período</i>	<i>presente em todo o período</i>
<i>Glicemia de jejum</i>	<i>variação de 20% ou igual ao pré-operatório</i>	<i>variação de até 21 a 50% do valor do pré-operatório</i>	<i>acima ou abaixo de 50% do valor pré-operatório.</i>

Estes parâmetros clínicos foram avaliados e classificados em vários momentos do período pós-operatório, isto é, o paciente teve os parâmetros clínicos avaliados e classificados ao chegar (TPOS), após trinta minutos (TPOS1), após uma hora (TPOS 2), após duas horas (TPOS 3) e após três horas de permanência em SRA.

No final de cada momento, obteve-se um escore de respostas do pós-operatório que poderia variar de zero (0) a vinte e oito (28).

Para avaliação dos escores obtidos foi estabelecida a seguinte categorização:

0 - 09 pontos = normal

10 - 19 pontos = alterado

20 - 28 pontos = muito alterado

5.6 - Tratamento Estatístico

Para análise dos dados, foram realizados testes não paramétricos com a aplicação da prova "U" de Mann-Whitney, e do coeficiente de correlação por postos de Kendall. A prova "U" de Mann-Whitney (SIEGEL1975) foi utilizada na comparação dos grupos considerados independentes. As comparações foram realizadas com os escores obtidos na avaliação de traço de ansiedade, estado de ansiedade e os escores recuperação global no pós-operatório, no momento de chegada à sala de recuperação anestésica, após 30 minutos, após uma hora, após duas horas e após três horas de permanência em SRA.

Após o tratamento estatístico, os grupos foram considerados independentes.

O coeficiente de correlação por postos de Kendall é uma medida útil para mensurações do tipo ordinal e permite prova de significância das associações entre as variáveis existentes (SIEGEL,1975).

A correlação entre traço e estado de ansiedade, estado de ansiedade e hospitalizações anteriores e estado de ansiedade e idade na fase pré-operatória foi realizada para verificar o grau de correspondência entre elas, ou seja, a eventual influência nas variáveis dependentes (resposta no pós-operatório), independente (traço de ansiedade) e interveniente (estado de ansiedade).

Foi também verificada a correlação entre o escore referente, ao estado de ansiedade, à frequência de pulso, à medida de pressão arterial sistólica e diastólica, à frequência respiratória, à temperatura e à glicemia, obtidos na avaliação pré-operatória. Procedeu-se também à correlação do escore referente ao estado de ansiedade, com escore resposta no período pós-operatório na chegada à SRA (TPOS).

O escore obtido com a aplicação do inventário de estado de ansiedade foi também correlacionado com pulso, a pressão arterial sistólica e diastólica, a frequência respiratória, a temperatura e a glicemia do pós-operatório na chegada à SRA (TPOS) e após 30 minutos de permanência nessa sala (TPOS1).

Os demais escores totais obtidos, com a avaliação dos parâmetros clínicos do período pós-operatório (TPOS2, TPOS3, TPOS4) não foram utilizados para a análise por não apresentarem diferenças estatísticas entre aqueles obtidos com a avaliação feita na chegada à SRA (TPOS), após 30 minutos de permanência (TPOS1).

Tanto a prova de Mann-Whitney como o coeficiente de correlação de Kendall foram testados quanto às respectivas significâncias, através da aproximação normal, de modo unicaudal. A probabilidade de ocorrência do erro de primeira espécie foi fixada em 5% e o valor crítico dos testes (Z) foi 1,64.

A trajetória metodológica utilizada neste estudo permitiu que se obtivessem resultados, os quais serão apresentados de modo a facilitar a leitura e a compreensão. Primeiramente será pontuada a caracterização da amostra e, a seguir, as comparações e correlações a que este estudo se propôs.