

A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório*

THE INFLUENCE OF ANXIETY IN COPING STRATEGIES USED DURING THE PRE-OPERATIVE PERIOD

LA INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD EN LAS ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO UTILIZADAS EN EL PERÍODO PRÉ-OPERATORIO

Veronica Cecilia Calbo de Medeiros¹, Aparecida de Cássia Giani Peniche²

* Extraído da Dissertação "Paciente cirúrgico: a influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), 2002.
1 Mestre em Enfermagem pela EEUSP
2 Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da EEUSP. ggphe@usp.br

RESUMO

O presente estudo tem como objetivos: identificar o estado de ansiedade dos pacientes no período pré-operatório; identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes nesse período; verificar a relação entre o estado de ansiedade e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes, no período pré-operatório. A amostra foi composta por 40 pacientes cirúrgicos. Para a coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos auto-aplicáveis: o questionário de estado de ansiedade de Spielberger e o inventário de estratégias de coping de Lazarus e Folkman. A amostra compôs-se, em sua maioria, por pacientes do sexo feminino com uma idade média de 46 anos, com baixo grau de escolaridade, com experiência cirúrgica anterior e sem intercorrências anteriores. As estratégias de enfrentamento mais comumente utilizadas foram as de suporte social e a de resolução de problemas. Em relação à ansiedade e às estratégias de enfrentamento, obteve-se uma correlação negativa entre o estado de ansiedade e o suporte social e a resolução de problemas.

DESCRITORES

Pacientes.
Cirurgia.
Cuidados pré-operatórios.
Ansiedade.

ABSTRACT

This study aims at characterizing the population analyzed regarding socio-demographic aspects, identifying the anxiety level of patients undergoing surgery and the most used coping strategies during the pre-operative period, as well as observing the relation between anxiety level and coping strategies over the same period. The population was comprised of 40 patients undergoing surgery. For data collection, two self-applicable instruments were employed: Spielberger's anxiety level inventory and Lazarus, Folkman's coping strategies inventory. Data were collected over the pre-operative period. Most patients were women averaging 46-years old, with low level of schooling, previous surgery experience set before, and no previous intercurrentence. The coping strategies more commonly used were social support and problem resolution. In regards to anxiety and coping strategies there was found a negative correlation between anxiety level, social support and problem resolution.

KEY WORDS

Patients.
Surgery.
Peri-operative care.
Anxiety.

RESUMEN

En el presente estudio se tuvo por objetivos: identificar el estado de ansiedad de los pacientes en el período pre-operatorio; identificar las estrategias de enfrentamiento utilizadas por los pacientes en ese período; verificar la relación entre el estado de ansiedad y las estrategias de enfrentamiento utilizadas por los pacientes, en el período pre-operatorio. La muestra estuvo compuesta por 40 pacientes quirúrgicos. Para la recolección de los datos fueron utilizados dos instrumentos auto-aplicables: el cuestionario de estado de ansiedad de Spielberger y el inventario de estrategias de coping de Lazarus y Folkman. La muestra se compuso, en su mayoría, por pacientes del sexo femenino con una edad media de 46 años, con bajo grado de escolaridad, con experiencia quirúrgica anterior y sin incidencias anteriores. Las estrategias de enfrentamiento comúnmente utilizadas fueron las de soporte social y la de resolución de problemas. En relación a la ansiedad y a las estrategias de enfrentamiento, se obtuvo una correlación negativa entre el estado de ansiedad y el soporte social y la resolución de problemas.

DESCRIPTORES

Pacientes.
Cirugía.
Cuidados pre-operatorios.
Ansiedad.

INTRODUÇÃO

Frequentemente os pacientes admitidos em uma instituição hospitalar, ao serem submetidos a um procedimento terapêutico, apresentam-se, muitas vezes sem informações e orientações necessárias sobre as intervenções. Este desconhecimento favorece o aparecimento de reações emocionais imprescindíveis para a sobrevivência do homem, pois é, por meio delas que o ser humano está capacitado a lutar ou fugir. A resposta de luta ou fuga, com todas as suas implicações bioquímicas e hormonais, sempre foi adaptativa e a sua sobrevivência do homem depende da capacidade de mobilização dos mecanismos orgânicos⁽¹⁾.

A experiência de uma intervenção como, por exemplo, o procedimento anestésico-cirúrgico, leva o ser humano a mobilizar os seus mecanismos protetores. Essa mobilização não depende só dos processos somáticos, mas também psíquicos, resultantes de estímulos que experimenta, ou seja, está relacionada, não só com as características objetivas, como também com a interpretação subjetiva da experiência. Além disso, este é um processo que para muitos representa “aproximar-se da morte”, principalmente quando relacionado a anestesia geral, pois a inconsciência causada pelos fármacos é temida pelo homem.

Acredito que nesta situação ameaçadora, a ansiedade parece ser a emoção mais comum. É descrita como sendo uma sensação desagradável de tensão, apreensão ou medo⁽²⁾. E ainda, é um estado emocional indesejável e desconfortável que pode variar em intensidade e duração e que se caracteriza por instabilidade emocional e desprazer⁽³⁾.

Estado de ansiedade é uma reação emocional transitória percebida pela consciência e caracterizada por sentimentos subjetivos de apreensão, nervosismo e preocupação, intensificando a atividade do sistema nervoso autônomo⁽⁴⁾. Porém, a maneira como o indivíduo percebe a ameaça é mais importante que a própria ameaça.

Um dos fatores que influenciam a ansiedade é o traço para tal estado. O traço de ansiedade é uma tendência moldada pela personalidade de desenvolver mais ou menos ansiedade, diante das experiências de vida, ou seja, é uma capacidade de resposta com a propriedade de modificar o estado de ansiedade⁽⁵⁾. Assim, as diferenças individuais na percepção e nas reações às situações são determinadas pelo traço de ansiedade. Esse é o aspecto psicológico da ansiedade.

No que diz respeito ao aspecto biológico, a ansiedade é um estado de estimulação central, envolvendo alterações metabólicas e neurotransmissores sinápticos, estes secretando substâncias que promovem a excitação ou a inibição do neurônio pós-sináptico. Dentre os vários neuro-

transmissores envolvidos com a ansiedade, destacam-se: o ácido gama-aminobutírico (GABA), inibindo o sistema nervoso central; o sistema serotoninérgico, responsável pela manifestação de ansiedade; e o sistema noradrenérgico, atuando em situações de atenção, ao ambiente, na possibilidade de ameaça⁽⁶⁾.

As bases anatômicas do comportamento emocional estão localizadas no sistema límbico, ligado aos fenômenos de emoção, comportamento e controle do sistema nervoso autônomo, onde destaca-se o papel do hipotálamo. Esta estrutura, então, integra e coordena as emoções. Há duas vias que podem ser utilizadas pelo hipotálamo, para que ocorra a resposta ao agente estressor: a via sistema nervoso autônomo e o eixo hipotálamo-hipófise-supra renal⁽⁷⁾. O sistema nervoso autônomo controla as funções vegetativas do organismo, utilizando-se das vias simpática e parassimpática, sendo que a predominância da ação excitatória ocorre na via simpática.

O sistema simpático, com sua ação direta sobre os órgãos, atua, na medula supra-renal, fazendo com que esse órgão secrete adrenalina e noradrenalina. A secreção destes frente a um agente estressor produzirão efeitos a nível sistêmico como: aumento da ativação orgânica, alteração térmica, aumento da pressão arterial e taquicardia. Aumentando o metabolismo, liberando energia e preparando o indivíduo para a lutar ou fugir⁽⁷⁾.

O hipotálamo, em uma situação de alerta, estimula a hipófise que liberará o hormônio adeno-corticotrófico (ACTH), atuando diretamente no córtex da supra-renal, estimulando a secreção de hormônios mineralocorticóides (aldosterona), levando a alterações metabólicas e glicocorticóides (cortisol), aumentando a gliconeogênese, diminuindo a reação inflamatória e imune, e aumentando a mobilização de energia⁽⁷⁾.

A finalidade da síntese e da liberação de catecolaminas, cortisol, dopamina e outros componentes é preparar imediatamente o indivíduo para reação de luta ou fuga⁽⁷⁾. O nível de liberação e circulação das catecolaminas depende de variáveis como: idade, meio ambiente, tipo de agressor ou ameaça presente, preparação prévia do indivíduo e a forma como a ameaça é percebida. Em suma, a partir do fator liberador de corticotrofina, que estimula a hipófise, há um aumento da produção do ACTH que induz, por sua vez, aumento na liberação dos hormônios da supra-renal (corticosteróides e catecolaminas) que são elementos fundamentais na resposta ao estresse⁽⁸⁾. Estas afetam as reações imunes, seja por reação fisiológica ampla ou estímulo celular, e o seu aumento inibe a resposta de anticorpos⁽⁹⁾. Estudos atuais tornam cada vez mais evidente que o sistema imunológico e o sistema nervoso tem numerosas conexões anatômicas e fisiológicas. Uma das razões pelas quais uma ligação entre os

Estudos atuais tornam cada vez mais evidente que o sistema imunológico e o sistema nervoso tem numerosas conexões anatômicas e fisiológicas

neurotransmissores e o sistema imunológico é importante, é que os estados emocionais negativos (ex: ansiedade e depressão) podem afetar os níveis de neurotransmissores.

Essa resposta biológica (reação neuroendócrina) e comportamental do organismo ante estímulos diferentes e inespecíficos, com o objetivo de manter o equilíbrio entre o indivíduo e o meio ambiente, foi denominado de estresse⁽¹⁰⁾. O encadeamento da resposta foi denominado de Síndrome de Adaptação Geral (SAG), que é descrita em três fases. Fase de reação de alarme, quando as reações corporais resultantes da exposição do organismo ao estímulo, ocasionam mudanças hormonais desencadeadas pelo sistema nervoso central e pelo sistema nervoso simpático, preparando o organismo para a luta ou fuga, com a participação dos hormônios glicocorticóides, mineralocorticóides e as catecolaminas, ou seja, consiste em reconhecer o estressor e se preparar para a ação. Esse estressor, também é denominado estímulo e pode ser de ordem física, como um trauma ou infecção, ou de ordem emocional, resultante da interação do homem com o meio e sentimentos resultantes⁽¹¹⁾. Se esse estímulo persistir, o organismo terá as respostas prolongadas, entrando na fase de resistência, em que a ação passa da medula adrenal para o córtex adrenal e para o hipotálamo, causando alterações muito mais intensas, como diminuição da resistência às infecções, retardamento da formação de tecido cicatricial, inibição da formação de anticorpos, diminuição do número de leucócitos, diminuição da secreção de hormônios gonadotróficos, o hormônio folículo estimulante e o hormônio luteinizante, tudo isso devido a uma liberação aumentada de glicocorticóides, controlada pelo hormônio adrenocorticotrófico. É a reparação, pelo corpo, do dano físico causado pelo estresse. Se esse estímulo continuar, o estágio de resistência é substituído pelo estágio final de exaustão. As reações se tornam nocivas e podem causar ou agravar doenças graves.

Pode-se observar que a resposta biológica ao estresse dá-se por meio da ação integrada dos sistemas nervoso, endócrino e imune, num processo de alteração e recuperação da homeostasia.

A importância da teoria do estresse descrita⁽¹⁰⁾ foi mostrar que todos os indivíduos terão a mesma resposta e as suas repercussões fisiológicas; o que diferenciara essa reação será a avaliação que o indivíduo fez a respeito do estímulo.

Para alguns autores⁽¹²⁾, o significado de cada evento é individual, sendo relevante para a sobrevivência imediata e definido pela avaliação de cada uma das circunstâncias atuais. Há dois tipos de avaliação: a primária e a secundária. Na primária, o primeiro contato do sujeito com o objeto desencadeia uma resposta relevante, de ação, ou irrelevante. É a primeira avaliação que o indivíduo faz e ela diferencia-se em benigna-positiva, onde o resultado é considerado positivo e dano ou perda, onde a expectativa já está diminuída, devido à algum dano à sua auto-estima ou aceitação pessoal. A

avaliação secundária, considerada como ameaça ou desafio, mobiliza recursos para minimizar as emoções negativas decorrentes da primeira avaliação e essa fase é considerada uma avaliação de enfrentamento, embora não ocorram sentimentos negativos.

Enfrentamento é o conjunto de esforços que uma pessoa desenvolve para manejar ou lidar com as solicitações externas e internas, que são avaliadas por ela como excessivas ou acima de suas possibilidades⁽¹³⁾. Assim sendo, o enfrentamento tem um papel importante nas respostas do organismo, ante os estressores, pois ele será responsável pelo bem estar físico e emocional.

Pode-se considerar o enfrentamento como sendo uma estratégia que o indivíduo utiliza, não necessariamente consciente, para obter o maior número de informações sobre os acontecimentos e as condições internas (psíquicas) para proceder de forma a diminuir as respostas de estresse e manter o equilíbrio orgânico. Enfrentamento diz respeito ao que o indivíduo realmente pensa e sente, e o que faria em determinadas situações. Esse processo não é estático, podendo modificar-se conforme avaliação e reavaliação da situação estressante.

Estratégias de enfrentamento, segundo estudiosos⁽¹²⁾, são aquelas desenvolvidas para enfrentar as situações. É um esforço cognitivo e comportamental para dominar, tolerar ou reduzir as demandas externas e internas e o conflito entre elas, é uma ação dirigida para a resolução de algum problema. Em contrapartida, esse processo irá depender de como o indivíduo avaliou a situação e de que recursos ele dispõe para enfrentar a situação.

Na análise sobre o enfrentamento, avalia-se suas funções e as formas pelas quais são utilizadas. Destaca-se a diferença entre a função do enfrentamento e a sua consequência. A função está relacionada ao propósito a que a estratégia serve e as consequências dizem respeito ao efeito causado pela estratégia⁽¹²⁾.

A opção por uma estratégia advém das primeiras experiências, dos valores introjetados, das circunstâncias atuais, das crenças, das características de personalidade, do estilo cognitivo, das habilidades de solução de problemas, das habilidades sociais, do suporte social e dos recursos materiais que o indivíduo dispõe, ou seja, é um conjunto de experiências passadas e presentes que são filtradas e guardadas na memória consciente e inconsciente, fazendo parte da subjetividade e do universo simbólico do indivíduo.

No que se refere ao procedimento anestésico-cirúrgico, é esperado que o indivíduo apresente uma reação emocional e sistêmica modulada pela avaliação cognitiva. Tal interpretação individual e subjetiva subsidiará a construção de comportamentos de ajuste para enfrentar o estresse e a ansiedade desencadeada pelo evento.

Nesse sentido sugere-se que o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento esteja relacionado com a subjetividade e o estado emocional do paciente, ou seja, deve-se considerar que cada paciente apresenta recursos particulares para enfrentar a cirurgia, a anestesia e gerenciar a ansiedade para que esta interfira positivamente na luta para atingir novamente a homeostase.

Sendo assim, questiona-se quais estratégias de enfrentamento são utilizadas pelos pacientes, no período pré-operatório, e se elas são influenciadas pelo estado de ansiedade.

Dessa forma, este estudo tem como objetivos: identificar o estado de ansiedade dos pacientes, no período pré-operatório; identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes, no período pré-operatório; verificar a relação entre estado de ansiedade e estratégias de enfrentamento desses pacientes, no período pré-operatório.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo exploratório, no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, mais precisamente na Unidade de Clínica Cirúrgica. Localizado no Município de São Paulo, caracteriza-se como um estabelecimento hospitalar de assistência secundária, geral e público, de grande porte, com capacidade de 400 leitos sendo 77 (19%) destinados à Clínica Cirúrgica⁽¹⁴⁾.

Situado na região oeste da cidade de São Paulo, presta atendimento à população circunvizinha, ao quadro de funcionários e alunos pertencentes à Universidade.

A amostra estudada constou de 40 pacientes, internados na Unidade de Clínica Cirúrgica, que se submeteram a intervenções anestésico-cirúrgicas. Os pacientes preencheram os seguintes critérios de seleção: alfabetizados; faixa etária entre 18 e 65 anos; sem intercorrências psiquiátricas anteriores; pertencentes ao programa de cirurgias eletivas; sem medicação pré-anestésica no momento da aplicação dos questionários; submetidos a procedimento anestésico-cirúrgico de pequeno e médio porte.

Procedimentos da coleta de dados

Deu-se em duas etapas. Na 1ª etapa, foi encaminhada à Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo uma solicitação para a realização do trabalho, juntamente com o estudo, para análise. Após autorização, foi feito contato com o Departamento de Enfermagem do Hospital para explicações a respeito da pesquisa.

Na 2ª etapa, realizada na enfermaria da Unidade de Clínica Cirúrgica, foram averiguados os prontuários dos pacientes quanto à possibilidade de participarem do estudo. Os pacientes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, da sua participação voluntária e do anonimato. Após ciência, foi lido

o termo de consentimento informado e colhida a assinatura dos participantes. Após a formalização dessa etapa, foi iniciada a coleta de dados com a caracterização do paciente. A seguir, foi entregue o instrumento auto-aplicável⁽¹⁵⁾, conhecido como questionário estado de ansiedade.

Esse questionário consta de 20 afirmações, em que o paciente indica a opção, em uma escala de 4 pontos, que vai de 1 a 4. O escore da escala de estado de ansiedade variará de 20 a 80, sendo que os escores mais altos indicam maior nível de ansiedade⁽¹⁵⁾.

Nos itens 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 da escala de estado de ansiedade, as pontuações devem ser invertidas. Ao invés de serem pontuadas de 0 a 4, serão de 4 a 0, isto porque o conteúdo das afirmações do inventário é oposto às afirmações dos demais itens.

Para avaliação dos escores obtidos no inventário, foi feita a categorização já utilizada⁽¹¹⁾ onde: 20 - 40 pontos = baixa ansiedade; 40 - 60 pontos = média ansiedade; 60 - 80 pontos = alta ansiedade. Ao final de cada avaliação, obteve-se um escore referente ao estado de ansiedade.

Logo em seguida, foi aplicado o inventário auto-aplicável de *coping*⁽¹²⁾, elaborado para identificar as estratégias de enfrentamento que o paciente utilizaria naquele momento. É composto por 66 afirmações que abordam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de determinado evento estressante.

Apesar de validado para nosso idioma, considerou-se pertinente a verificação da coerência interna, a partir dos 8 fatores já propostos⁽¹⁶⁾. Dessa verificação, surgiu um novo agrupamento apresentado a seguir: Fator 2 – afastamento (itens nº: 41, 44, 21, 06, 16, 10) Fator 4 – suporte social (itens nº: 42, 45, 08, 31, 22); Fator 5 – aceitação de resposta (itens nº: 51, 09, 52, 29, 25, 62); Fator 6 – fuga-esquiva (itens nº: 58, 59); Fator 7 – resolução de problemas (itens nº: 49, 26, 46); Fator 8 – reavaliação positiva (itens nº: 38, 56, 60, 30, 20, 63, 23).

Para a categorização, foi feita a comparação das pontuações relativas de cada fator. A que apresentou maior pontuação foi considerada estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos indivíduos, no período pré-operatório.

Para obtenção dessa pontuação, cada afirmação do inventário foi assim categorizada: Zero = não usei esta estratégia; Um = usei um pouco; Dois = usei bastante; Três = usei em grande quantidade.

Tratamento estatístico

Na primeira etapa verificou-se, por meio do alfa de Cronbach, a coerência interna com que o instrumento de coping, validado, mede as estratégias de enfrentamento a que se propõe⁽¹⁶⁾.

Agruparam-se os itens, obedecendo a caracterização existente dos 8 fatores utilizados⁽¹⁶⁾, obtivemos os respectivos alfa de Cronbach, ou seja, fator 1- confronto (0,4366); fator 2- afastamento (0,5326); fator 3- autocontrole(0,3660); fator 4- suporte social (0,7798); fator 5- aceitação de responsabilidade (0,6057); fator 6-fuga e esquivia (0,7262); fator 7- resolução de problemas (0,4577); fator 8- reavaliação positiva (0,8225).

Para que o valor de alfa de Cronbach de 0,60 fosse atingido, foi necessário a exclusão dos itens 47 e 43 do inventário de coping, pertencentes aos fatores 1 - confronto e 3- autocontrole, respectivamente, pois apresentaram alfa abaixo de 0,60. **Segunda etapa:** para a análise das variáveis em estudo, foram observados os valores mínimos e máximos, o cálculo de médias, desvios-padrão e medianas, assim como as frequências absolutas e relativas.

As relações entre as variáveis estado de ansiedade e estratégias de enfrentamento foram obtidas, aplicando-se os testes não paramétricos da prova “U” de Mann-Whitney e o coeficiente de correlação de Spearman (r).

Tanto na prova de Mann-Whitney como no coeficiente de correlação de Spearman, o nível de significância utilizado foi de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 40 pacientes, submetidos a cirurgias eletivas, sendo 25 (62%) mulheres e 15 (38%) homens.

Com relação à faixa etária, a amostra compôs-se por indivíduos adultos com uma média de 46 anos (dp=11.24). Considerando o total dos pacientes, a maioria 14 (34%) possui baixa escolaridade. Com relação às cirurgias realizadas anteriormente, 10(25%) pacientes nunca haviam se submetido a procedimento anestésico-cirúrgico, e 30 (75%) tinham sofrido algum tipo de intervenção cirúrgica, o que resulta um número representativo de pacientes, com experiência prévia e, portanto, com exposição anterior ao estressor, aqui considerado o procedimento anestésico-cirúrgico e todas as suas implicações. Esse fato pode influenciar a avaliação da situação e as estratégias de enfrentamento utilizadas por esses pacientes.

Quando se evoca um fato, ativando a memória, há um desencadeamento de respostas modificando o estado emocional, que dependem das emoções guardadas e resgatadas pela lembrança. Na amostra estudada, observamos que 75% dos pacientes tiveram uma experiência cirúrgica anterior armazenada em suas memórias. Isso nos faz pressupor que as respostas à situação atual devem estar impregnadas de experiências anteriores, o que poderá influenciar o estado emocional, como também a avaliação e a construção de estratégias de enfrentamento atuais, modulando a reação emocional e, conseqüentemente, o estado de ansiedade⁽¹⁷⁾.

Dos 30 (100%) pacientes com experiência prévia, 25(83%) relataram não apresentar intercorrências no procedimento cirúrgico realizado anteriormente. Apenas 5(17%) apresentaram alguma intercorrência. Não se pode desconsiderar as interferências, assim como a possibilidade de o indivíduo ao enfrentar uma nova cirurgia, reavaliá-la como ameaçadora ou desafiadora dependendo do seu perfil emocional.

Apesar das implicações negativas, a ameaça permite um enfrentamento antecipado, possibilitando o planejamento com o propósito de vencer as dificuldades⁽¹²⁾. Se o indivíduo deseja vencer essa situação, avaliando-a como um desafio, haverá a mobilização de esforços de enfrentamento associado à vitória, envolvendo emoções positivas como excitação, esperança e confiança. Tais pacientes, embora em número reduzido, devem ser considerados devido à experiência prévia vivida, o que poderá levá-los a utilizar diversas estratégias de enfrentamento e até mesmo alterar o grau de ansiedade, no período pré-operatório.

Sendo assim, a realização de uma outra cirurgia pode desencadear, dependendo da subjetividade do paciente, um misto de emoções, gerando confiança e esperança de tratamento e cura, ou insegurança e desesperança.

Com relação ao escore estado de ansiedade, 23(57%) dos pacientes apresentam baixo estado de ansiedade e 17(43%) médio estado de ansiedade, o que caracteriza a amostra como sendo pouco ansiosa, com baixo estado de ansiedade em relação ao evento anestésico-cirúrgico, apresentando uma média de 38,02, com um d.p de 9,7 e mediana de 36.

Acreditamos que a amostra por ter se apresentado como de baixa e média ansiedade, pode ser influenciada pelas estratégias de enfrentamento que os indivíduos utilizaram ou por razões associadas à resposta do questionário, como problemas de compreensão do mesmo, diferenças culturais dos pacientes e a veracidade das informações.

Em outro estudo⁽⁴⁾, o autor chamou a atenção para a ansiedade inconsciente não detectada por vários testes, que avaliavam a reação emocional dos pacientes submetidos a cirurgia. Observou que a ansiedade, apesar de estar presente, não era detectada, levando a uma falsa avaliação.

A ansiedade média apresentada pela maioria da amostra, tende a ser benéfica para o paciente, pois faz com que haja uma ativação de comportamento e motivação, tendo um resultado mais efetivo na avaliação da situação e na construção das estratégias de enfrentamento⁽⁵⁾.

Outra suposição a ser abordada, na tentativa de compreender os respectivos resultados obtidos, pode estar relacionada à presença da pesquisadora junto ao paciente, dando suporte e, conseqüentemente, reduzindo o estado de ansiedade.

Associada a isto, a instituição onde efetuou-se o estudo há uma forma estruturada de orientação pré-operatória, o Sistema de Assistência Perioperatória (SAEP), que permite aos pacientes receberem orientações relacionadas ao ato anestésico-cirúrgico e ao período pós-operatório, além de compartilhar com outros pacientes as emoções do momento, buscando ou trocando informações.

Outra probabilidade é que estes pacientes possuam traço de ansiedade baixo e médio, o que os leva a responder com um estado de ansiedade também baixo e médio, pois percebem as situações como algo menos complexo, com menores possibilidades de danos. Os resultados obtidos são contrários àqueles obtidos em outro estudo⁽¹⁵⁾, em que relata que a correlação entre traço-estado de ansiedade é maior quando envolve ameaça de auto-estima ou quando a pessoa percebe ser avaliada em sua capacidade, em situações onde há perigo real de acontecer.

Outra suposição é que estes pacientes podem apresentar estratégias de enfrentamento que não exijam confronto e autocontrole para lidar com a situação em questão, gerando menos tensão e ansiedade, apresentando comportamentos passivos ou utilizem estratégias eficientes para confrontar o problema.

Entre as muitas estratégias de enfrentamento existentes, o que determina sua eleição é a natureza do estressor, as circunstâncias em que ele se reproduz, a história prévia de confronto e o próprio estilo que caracteriza o sujeito, ou seja, como ele enfrentou situações passadas. Há dois tipos básicos de indivíduos, aqueles que tem tendência evitadora ou minimizadora e aqueles com estilo afrontativo ou vigilante. Estes pacientes apresentarão reações que levarão a uma ação. Esta ação pode ser construtiva e, neste caso, a pessoa usa mecanismos de enfrentamento se a ação é, principalmente, consciente ou deliberada; ou mecanismos de defesa, se o comportamento é determinado por forças inconscientes⁽¹⁸⁾.

Nesta pesquisa, as estratégias mais utilizadas pelos pacientes foram a resolução de problemas, com média de 1,75 ($dp=0,88$), seguida do suporte social (fator 4) com uma média de 1,63 ($dp=0,81$), o que pode estar respectivamente relacionado ao comportamento que leva a pessoa a lidar com o estresse de maneira mais efetiva e adaptativa e ao suporte encontrado nas pessoas e no ambiente. Esses pacientes que se utilizam destas estratégias centradas no problema (resolução de problemas) são capazes de modificar as pressões ambientais, diminuindo ou eliminando a fonte geradora de estresse⁽¹²⁾.

Como a amostra não apresentou uma distribuição normal das estratégias de enfrentamento (fatores), considerou-se pertinente aplicar o teste de Mann-Whitney com o objetivo de verificar a hipótese de igualdade entre os dois grupos, um de baixa ansiedade e outro de média ansiedade.

O que podemos observar, é que houve uma diferença significativa entre os valores do fator 2 (afastamento) em relação aos grupos de ansiedade ($p=0,0112$). Isto é, os pacientes com ansiedade média apresentaram valores deste fator significativamente maiores que os dos pacientes com ansiedade baixa, ou seja, os pacientes com média ansiedade se utilizaram mais do fator 2 (afastamento) como estratégia de enfrentamento. Analisando as questões que compõem este fator, mostram afastamento com relação ao problema identificado, ou seja, um comportamento mais defensivo e não com o objetivo de eliminar o problema.

Esta estratégia de enfrentamento está centrada na emoção, pois correspondem a estratégias defensivas, onde o indivíduo evita confrontar-se com a ameaça, não modificando a situação. Ainda segundo estes mesmos autores, este tipo de enfrentamento pode ser considerado como um processo de reavaliação cognitiva, onde o indivíduo realiza manobras cognitivas (fuga, afastamento) com a finalidade de mudar o significado da situação vivida, não importando-se de forma realista ou com distorção da realidade⁽¹²⁾.

Estes resultados confirmam a retirada dos itens referentes ao fator 1 (confronto) e fator 3 (autocontrole) ao se realizar a consistência interna do inventário para a amostra estudada.

Com relação aos demais fatores observou-se que não houve uma diferença significativa ($p>0,05$) entre estes em relação aos grupos de ansiedade.

No que se refere a relação do estado de ansiedade e as estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório, obteve-se como resultado uma tendência significativa positiva ($p=0,0655$ e $r=0,2941$) entre a estratégia de enfrentamento de afastamento (fator 2) e o estado de ansiedade, isto é, quanto maior o escore de estado de ansiedade, mais o indivíduo se utiliza do afastamento como estratégia de enfrentamento.

Outras relações foram encontradas entre as estratégias de suporte social (fator 4) ($r=-0,3123$ e $p=0,0498$) e resolução de problemas (fator 7) ($r=-0,405$ e $p=0,0095$). Estes resultados mostram uma correlação negativa entre os fatores citados e a ansiedade, ou seja, quanto menor a ansiedade, maior a utilização destes fatores como estratégias de enfrentamento.

CONCLUSÕES

A amostra compôs-se, em sua maioria, por pacientes do sexo feminino, com idade média de 46 anos, baixo grau de escolaridade, experiência cirúrgica anterior e sem intercorrências anteriores, apresentando baixo e médio estado de ansiedade.

As estratégias de enfrentamento mais comumente utilizadas foram as de suporte social e a de resolução de problemas.

Com relação à ansiedade e às estratégias de enfrentamento, obteve-se uma correlação negativa entre o estado de ansiedade e o suporte social e estado de ansiedade e resolução de problemas.

Concluimos, com isto, que o ato anestésico-cirúrgico não elevou o estado de ansiedade da amostra estudada, independente do sexo, idade, tipo de cirurgia ou anestesia. Isto pode também estar relacionado com o tipo de população, as informações que estes pacientes obtiveram no pré-

operatório, as suas experiências prévias e a sua maneira de avaliar a situação.

Ainda inferimos que, mesmo com a insuficiência de embasamento teórico para o enfermeiro reconhecer e intervir nas necessidades dos pacientes, a assistência de enfermagem que ofereceu encontrou respaldo em suas próprias características emocionais diante de suas experiências, não só profissionais, como também pessoais, acrescidas da filosofia institucional, que mostrou ser um importante instrumento para o profissional enfermeiro, dando o suporte necessário para o mesmo compreender a subjetividade do paciente cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- (1) Dubos R. Um animal tão humano: como somos moldados pelo ambiente e pelos acontecimentos. São Paulo: EDUSP; 1974. Lembrança biológica de coisas passadas; p. 63-99.
- (2) Spielberger CD. Anxiety: current trends in theory and research. New York: Academic Press; 1972. Anxiety as an emotional state; p. 24-9.
- (3) Molina OF. Estresse no cotidiano. São Paulo: Pancast; 1996. Classificação do estresse; p. 124-8.
- (4) Spielberger CD. Tensão e ansiedade. Nova Deli: Harper & Row do Brasil; 1979.
- (5) Cade NV. O modelo cognitivo-comportamental em grupo e seus efeitos sobre as estratégias de enfrentamento, os estados emocionais e a pressão arterial de mulheres hipertensas [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.
- (6) Dractu L, Lader M. Ansiedade: conceito, classificação e biologia. J Bras Psiq. 1993;42(1): 19-32.
- (7) Guyton AC. Tratado de fisiologia médica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988. Os processos intelectuais; sono e vigília; padrões comportamentais; e efeitos psicossomáticos; p. 164-78.
- (8) Moreira MD, Mello Filho J. Psicoimunologia hoje. In: Mello Filho J. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. cap.13, p. 119-51
- (9) Amkraut A, Solomon GF. From the symbolic stimulus to the pathophysiological response: immune mechanisms. Int J Psychiatry Med. 1981;5(4):541-63.
- (10) Selye H. Stress without distress. Philadelphia: Lippincott; 1974.
- (11) Chaves EC. Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP; 1994.
- (12) Lazarus RS, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer; 1984. Cognitive appraisal processes; p. 22-54.
- (13) França ACL, Rodrigues AL. Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas; 1996. p. 36-9.
- (14) Gatto MAF. Análise da utilização de salas de operações [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2000.
- (15) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de ansiedade traço-estado. Rio de Janeiro: CEPA; 1979.
- (16) Savoia MG, Santana PR, Meijas NP. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. Psicol USP. 1996;7(1/2):183-201.
- (17) Peniche AC, Jouclas VM, Chaves EC. A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório imediato. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(4):391-403.
- (18) Kaplan HI, Sadock BJ. Compêndio de psiquiatria dinâmica. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984. p. 413-8.