

**UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO-UMESP**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**NEUSA RIBEIRO ANDRIOLO**

**INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO,  
NEUROTICISMO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NA  
EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES CIRÚRGICOS**

**SÃO BERNARDO DO CAMPO**

**2011**

**UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO-UMESP**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**NEUSA RIBEIRO ANDRIOLO**

**INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO,  
NEUROTICISMO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NA  
EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES CIRÚRGICOS**

**SÃO BERNARDO DO CAMPO**

**2011**

NEUSA RIBEIRO ANDRIOLO

INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO,  
NEUROTICISMO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NA  
EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES CIRÚRGICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde, da Universidade Metodista de São Paulo – UMESP, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Psicologia da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Renato Teodoro Ramos  
Linha de Pesquisa: Prevenção e Tratamento

SÃO BERNARDO DO CAMPO

2011

## FICHA CATALOGRÁFICA

|    |   |
|----|---|
| Em | Andriolo, Neusa Ribeiro   |
|    | <b>Influência da ansiedade, depressão, neuroticismo e estratégias de enfrentamento na evolução clínica de pacientes cirúrgicos / Neusa Ribeiro Andriolo. 2011.</b><br>78 f. |
|    | Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2011.               |
|    | Orientação de: Renato T. Ramos  |
|    | 1. Ansiedade 2. Depressão 3. Enfrentamento 4. Neuroticismo 5. Paciente Cirúrgico  |
|    | CDD   |

A dissertação de mestrado sob o título: “**INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO, NEUROTICISMO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NA EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES CIRÚRGICOS**”, elaborada por **Neusa Ribeiro Andriolo** foi apresentada e aprovada em 03 de Agosto de 2011, perante banca examinadora composta por **Prof. Dr. Renato Teodoro Ramos** (Presidente/UMESP), **Prof. Dr. Luis Fernando Hindi Basile** (Titular/UMESP) e **Prof. Dr. Antonio de Pádua Serafim** (Titular/FMUSP).

---

**Prof. Dr. Renato Teodoro Ramos**

**Orientador e Presidente da Banca Examinadora**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Geralda Viana Heleno**

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação**

Programa: **Pós-Graduação em Psicologia da Saúde**

Área de Concentração: **Psicologia da Saúde**

Linha de Pesquisa: **Prevenção e Tratamento**

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais *Joaquim e Glacita*, que mesmo não estando fisicamente presentes, sempre me incentivaram.

Aos meus queridos filhos *Aline, Anselmo e Abigail*.

Aos meus netos *Pedro, Felipe, Artur, Julia, Heitor e Manuela*, que são minha motivação pessoal e profissional.

## AGRADECIMENTOS

Ao orientador Prof. Dr. Renato T. Ramos, por todo o acolhimento, estímulo e ensinamentos.

Aos professores Dr.<sup>a</sup> Maria Geralda Viana Heleno, Dr. Antonio de Pádua Serafim, Dr. Manuel Morgado Rezende e Dr. Ronald Dennis Paul Kennedy Cliver Ranvaud, meus agradecimentos pelas valiosas contribuições para o desenvolvimento deste estudo.

Aos professores e colegas que, direta ou indiretamente, estiveram presentes, obrigada.

Ao Diretor Técnico da Coordenadoria de Serviço da Saúde do Estado de São Paulo, Dr. José Geraldo Conceição por incentivar o trabalho de pesquisa na Área da Saúde e motivar a sua realização.

Ao Serviço de Cirurgia do conjunto Hospitalar do Mandaqui, por ter permitido a realização desta pesquisa, em particular a Dr.<sup>a</sup> Magali Vicente Proença, Diretora Técnica do Departamento do Conjunto Hospitalar do Mandaqui e a sua equipe, por ter acreditado no meu trabalho e favorecido a sua realização.

À equipe de médicos e enfermeiros do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, pelo apoio recebido, em especial ao Anderson Pimenta Duarte, Diretor Técnico de Serviços de Saúde, pela colaboração junto aos pacientes internados e pela atenção dedicada ao longo de todos estes meses.

À colega psicóloga Vera, do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, pela acolhida generosa e silêncio ético do trabalho.

Aos pacientes participantes deste estudo, minha gratidão, este trabalho não seria possível sem vocês.

Ao Hospital e Maternidade Santo Expedito, pelo apoio recebido, em especial ao Dr. A. Turqueto, Diretor da Clínica Cirúrgica.

Ao Prof. Neil Ferreira Novo, Titular da Faculdade de Medicina e Ciências Médicas da PUC Sorocaba e Universidade de Santo Amaro, meus agradecimentos pelas orientações na compreensão da estatística.

À Elisangela A. C. Souza, secretária da Pós-Graduação da Psicologia da Saúde, pela dedicação e carinho

Ao meu irmão Gilberto, pela presença nos momentos difíceis, obrigada.

Aos amigos que sempre me incentivaram, em especial à Eliana, Adina e Arnaldo, que tornaram o meu caminhar mais fácil e tranquilo.

Aos meus filhos Aline, Anselmo e Abigail, pela presença constante e pelo carinho ilimitado que me ajudaram neste desafio.

Aos meus genros e nora Renato, Ary e Erika, pelo carinho.

À DEUS PELA PRESENÇA EM MINHA VIDA.

“A possibilidade de podermos aprender com as diferentes experiências ao longo da nossa vida, boas e más, é um dos componentes principais da saúde mental. Ser capaz de construir uma identidade própria segura e diferenciada é uma das aquisições mais importantes do processo psicoterapêutico. Uma outra é aumentar, a nossa capacidade para tolerarmos a frustração e o sofrimento inerente à própria vida. Não significa ficarmos tolerantes com o sofrimento, mas sermos capazes de lidar com ele transformando-o em algo que aumenta a nossa resistência e a nossa capacidade para sermos felizes”.

Fernando Pessoa

## Resumo

Fatores emocionais são cada vez mais estudados como determinantes da evolução clínica de pacientes cirúrgicos. O estado emocional do paciente, no período pré e pós-operatório está associado às alterações físicas e emocionais que facilitam a ocorrência de sintomas afetivos, tais como: ansiedade e sintomas depressivos, além das outras características psicodinâmicas que influenciam na recuperação do paciente cirúrgico. O indivíduo, frente a uma situação diferenciada e estressante, procura utilizar estratégias de enfrentamento que possam controlar as demandas internas e externas e atingir o melhor resultado no manejo da situação. Este estudo levantou a hipótese de que a presença de sintomas depressivos e ansiosos e a adoção de estratégias inadequadas para lidar com a situação do processo cirúrgico-hospitalar poderiam aumentar o tempo de recuperação no período pós-operatório imediato, favorecendo uma maior ocorrência de complicações e maior sofrimento do paciente e da família, bem como aumento das despesas hospitalares. Cogitou-se a possibilidade de o neuroticismo influenciar nas escolhas das estratégias de enfrentamento. **Objetivo:** avaliar a influência destas escolhas no período agudo de internação para um tratamento cirúrgico e no período pós-operatório imediato, e correlacionar os resultados das medidas objetivas entre si e com a evolução do quadro cirúrgico. **Materiais e Métodos:** A amostra foi composta por 31 pacientes do Centro de Cirurgia Geral do Conjunto Hospitalar do Mandaqui na cidade de São Paulo. A avaliação das variáveis foi executada através dos seguintes instrumentos: Inventário Traço-Estado de ansiedade (IDATE I-II de Spielberger et al.); Inventário de Depressão de Beck e Steer; Subescalas N1 e N2 de Neuroticismo de Hutz e Nunes e o Inventário de Enfrentamento de Folkman e Lazarus. A intensidade de dor foi avaliada pela escala visual analógica (VAS) descrita por Downie, et al. **Resultados:** Os sintomas depressivos se mantiveram inalterados na maioria

da amostra, não sugerindo influência na fase trans-cirúrgica. Quanto à vulnerabilidade, os resultados se mantiveram em nível médio, sugerindo uma influência equivalente do mesmo nível de ansiedade para escolha da estratégia de enfrentamento. As estratégias predominantes foram: reavaliação positiva e suporte social, as quais poderiam influenciar positivamente ou não os sintomas pós-cirúrgicos e o menor tempo de internação. Quanto ao desajustamento psicossocial, a grande maioria apresentou índices muito baixos, o que poderia ter influenciado na escolha das estratégias e para os quais não há análise específica na literatura. **Conclusão:** concluiu-se que há uma influência positiva entre a escolha da estratégia de enfrentamento e menores reações sintomáticas pós-cirúrgica, o rebaixamento do estado de ansiedade e o não aumento dos sintomas depressivos. Neste estudo, apesar do nível de dor manter-se num patamar equivalente de nível médio para toda amostra, os homens apresentaram níveis mais altos de dor do que as mulheres. Observou-se, também, que a vulnerabilidade e o desajustamento psicossocial tiveram uma pequena influência sobre a maioria da amostra e mantiveram-se os índices até o momento de alta.

**Palavras chave:** ansiedade, depressão, enfrentamento, neuroticismo, paciente cirúrgico, coping

**Summary:** Emotional factors are being increasingly studied as determinants in clinical outcomes of surgical patients. The patient's emotional state in pre- and postoperative period is determined by expectations and general tendencies to anxiety and depression. The coping strategies during hospital stay are closely associated to these emotional states in determining the clinical outcomes in different surgical pathologies. The understanding how anxiety, depression, and other psychodynamic characteristics influence the recovery of surgical patients, can contribute to the improvement of the treatment, and the long-term prognosis. This study hypothesized that the presence of depressive and anxiety symptoms, and the adoption of inappropriate coping strategies facing surgical procedures determine the recovery time of the immediate postoperative period.

**Objectives:** this study evaluates the influence of anxiety, depression, psychosocial disturbance, and coping strategies in determining hospitalization duration of surgical and postoperative period. **Methods:** 31 patients of the Clinical Unit of the General Surgery Center of the Conjunto Hospitalar do Mandaqui in São Paulo were studied. The assessment of variables was performed through the following instruments: State-Trait Anxiety Inventory (STAI I-II, Spielberger, et al. 1979); Beck Depression Inventory (BDI-II, Beck and Steer, 1993); Subscales N1 and N2 of Neuroticism (Hutz and Nunes, 2001); and Coping Strategies Inventory (Folkman and Lazarus, 1980). For evaluating pain intensity we used the Visual Analogue Scale (VAS) as described by Downie, et al., 1986. **Results:** Depressive symptoms were unchanged in most of the sample, suggesting no influence on the trans-operative phase. The vulnerability results remained at a medium level throughout the hospitalization period, suggesting an influence of the same level of anxiety for the coping strategy choice. The predominant strategies were: positive reappraisal and social support, which positively influenced the postoperative symptoms and a shorter hospital stay. The majority of patients had low rates for psychosocial disturbance, which may have influenced the

choice of strategies, and for which there is no specific analysis in the methodology. **Conclusion:** There was a positive influence between the choice of a coping strategy and the absence of symptomatology after surgery, the lowering of the anxiety state, and no increase of depressive symptoms. We also noted that state and trait anxiety had a small influence on the majority of the sample and the rates remained high until discharge.

**Keywords:** anxiety, depression, coping, neuroticism, surgical patients, coping

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

A-E – Ansiedade Estado

A-T – Ansiedade Traço

BDI – Inventário de Depressão de Beck

DF – grau de liberdade

EFN – Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo

F – Fator da Estratégia adotada

IDATE I – Escala de Ansiedade Estado

IDATE II – Escala de Ansiedade Traço

n – número de pacientes

N1 – Neuroticismo / Fator Vulnerabilidade

N2 – Neuroticismo / Fator Desajustamento psicossocial

p – valor p, nível descritivo

t – distribuição t

VAS – Visual Analogue Scale

**LISTA DE TABELAS**

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 – Intensidade da dor no pré-operatório em função da estratégia de enfrentamento.....       | 18 |
| Tabela 2– Intensidade da dor no pós-operatório em função da estratégia de enfrentamento.....        | 19 |
| Tabela 3– Tipo de estratégia de enfrentamento em função do gênero.....                              | 22 |
| Tabela 4– Comparação entre as estratégias de enfrentamento adotadas antes e depois da cirurgia..... | 23 |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E FIGURAS

|  |         |
|--|---------|
| <b>Ilustração 1</b> -Condicionamento clássico do medo.....   | 6       |
| <b>Figura 1</b> – Período de internação em relação ao sexo.....  | 6       |
| <b>Figura 2</b> – Período de internação em relação à idade.....  | 7       |
| <b>Figura 3</b> – Gráfico de Dispersão da intensidade de dor no pré e pós-cirúrgico.....                             | 7       |
| <b>Figura 4</b> – Boxplot da intensidade de dor no pré e pós-cirúrgico em relação ao sexo.....                       | 8       |
| <b>Figura 5</b> – Boxplot do IDATE-E no pré e pós-cirúrgico em relação ao sexo.....                                  | 20      |
| <b>Figura 6</b> – Boxplot do BDI no pré e pós-cirúrgico em relação ao sexo.....                                      | 21      |
| <b>Figura 7a, b, c, d</b> – Gráfico de Dispersão do Neuroticismo no pré e pós-cirúrgico.....                         | 22      |
| <b>Figura 8</b> – Nível de enfrentamento.....  | 24      |
| <b>Figura 9 a, b, c, d, e</b> – Gráfico de Dispersão do IDATE I e II, BDI e EFN N1 e N2 no pré e pós-cirúrgico ..... | 24 e 25 |

## SUMÁRIO

### INTRODUÇÃO

|  |    |
|--|----|
| 1. CONSIDERAÇÕES GERAIS .....                        | 1  |
| 1.1 REFERENCIAL TEÓRICO .....                        | 3  |
| <b>2. OBJETIVOS</b> .....                            | 8  |
| 2.1 OBJETIVO GERAL .....                             | 8  |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                      | 8  |
| <b>3. METODOLOGIA</b> .....                          | 9  |
| 3.1 LOCAL DA PESQUISA .....                          | 9  |
| 3.2 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO ..... | 9  |
| 3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS .....               | 10 |
| 3.4 ASPECTOS ÉTICOS .....                            | 14 |
| 3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....                        | 14 |
| <b>4. RESULTADOS</b> .....                           | 16 |
| 4.1 COMENTÁRIOS ESPECÍFICOS DA AMOSTRA .....         | 16 |
| <b>5. DISCUSSÃO</b> .....                            | 26 |
| <b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                 | 29 |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....              | 30 |

### ANEXOS

|  |    |
|--|----|
| Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....                    | 36 |
| Anexo 2 - Inventário de Ansiedade Estado (IDATE-E) .....                     | 36 |
| Anexo 3 - Inventário de Ansiedade Traço (IDATE-T) .....                      | 40 |
| Anexo 4 - Inventário de Depressão de Beck (BDI) .....                        | 42 |
| Anexo 5 - Inventário de Estratégias de Enfrentamento (Coping) .....          | 46 |
| Anexo 6 - EFN1 .....   | 49 |
| Anexo 7 - EFN2 .....   | 51 |
| Anexo 8 - Triagem de Pacientes (Formação da Amostra) .....                   | 52 |
| Anexo 9 - Características da Amostra .....                                   | 53 |
| Anexo 10 -Avaliação da evolução de recuperação do paciente.....              | 54 |
| Anexo 11-Variáveis de acordo com estratégia de enfrentamento utilizada ..... | 55 |

|   |    |
|---|----|
| Anexo 12 - Evolução pós-operatória frente aos sintomas para Estratégias de Enfrentamento F4 e F8..... | 56 |
| Anexo 13 – Características dos pacientes e cirurgia a realizar.....                                   | 57 |
| Anexo 14 – Aprovação do CEP-UMESP.....  | 58 |

## INTRODUÇÃO

### 1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A hospitalização para a realização de cirurgias, eletivas ou não, causa profundas mudanças na rotina de vida dos pacientes. Os familiares também têm expectativas em relação às mudanças que podem ocorrer em função da doença e das sequelas do tratamento; como, por exemplo, mudanças em relação às tarefas e papéis num contexto familiar já estruturado. O prognóstico da patologia de base e a intervenção cirúrgica propriamente dita podem gerar no paciente e também nos familiares sentimentos intensos e níveis elevados de estresse. Além dos mecanismos habituais de reação às situações, sintomas atípicos de agressividade ou agitação também podem estar presentes como uma busca de equilíbrio adaptativo e domínio da situação, o que é considerado uma reação transitória. Ao defrontar-se com o ato cirúrgico e a anestesia, o paciente desencadeia alterações hormonais provocadas pela ansiedade e sua avaliação cognitiva desta situação, as quais influenciarão sua resposta no período pós-operatório. Para Chaves et al. (1994) parece haver uma correlação significativa e positiva entre a ansiedade traço e estado no período pré-operatório, ante o ato cirúrgico e a anestesia, porém, no período pós-operatório esses pacientes nem sempre demonstram alterações significativas de ansiedade correlacionadas aos parâmetros clínicos.

A cirurgia é vista como um evento estressor, gerador de incertezas, ansiedade, medo, perda de privacidade e inseguranças. Estes fatores, ao interagirem, podem desencadear quadros de depressão reativa, ou seja, a presença de sintomas depressivos frente a uma situação inusitada e de difícil elaboração para o indivíduo, que pode ocorrer em grau de leve a grave, sem necessariamente implicar na presença de um transtorno afetivo.

Todos estes sintomas que envolvem o estado emocional podem eclodir em diferentes níveis no paciente exposto ao trauma cirúrgico. Quando o paciente está frente a este trauma passa a vivenciar as conseqüências possíveis e fantasiosas deste processo, sentindo-se vulnerável. A análise dos fatores vulnerabilidade e desajustamento psicossocial tem se mostrado importante ao lado das outras variáveis, complementando-as como insegurança, medo de críticas, dependência de outras pessoas, dificuldades em tomar decisões, manipulações de pessoas, hostilidades e descaso com regras sociais.

A patologia que exige intervenção cirúrgica leva o paciente ao processo de mudanças, desde a adaptação de suas rotinas, como ao exercício de suas funções sociais, familiares e de autopercepção, favorecendo o surgimento, segundo vários autores, da presença de fantasias frente à anestesia, ao processo cirúrgico em si, à dor e ao tempo de recuperação. Nesta experiência hospitalar, o paciente percebe-se limitado na autonomia, privacidade e sem convicções de sobrevivência, tornando-se susceptível a vivenciar sintomas de ansiedade, depressão e baixa auto-estima, ou seja, sentimentos de perda de controle e ansiedade. Se o indivíduo tem um conceito positivo sobre si fará avaliações das situações reais e terá uma percepção mais integrada, o que lhe facilita mobilizar melhores estratégias adaptativas para lidar com a situação doença (Gomes e Ribeiro, 2001).

Para Gomes e Ribeiro, a forma como o indivíduo é preparado para lidar com perdas pessoais, como valoriza as situações, as expectativas que tem frente à possibilidade de receber apoio ou não e seu autoconceito formam um conjunto de fatores que poderá influenciar nas tarefas adaptativas do paciente e da família, assim como a estratégia de enfrentamento utilizada.

Medeiros e Peniche (2006) ao pesquisarem a influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório, encontraram uma predominância na escolha de duas estratégias, a de suporte social e a de resolução de problemas. Estes autores também observaram uma correlação negativa entre o estado de ansiedade e a estratégia de suporte social e entre estado de ansiedade e resolução de problemas. Os autores não excluíram a possibilidade de interferências ligadas às informações e orientações dadas aos pacientes no pré-operatório, sobre as intervenções cirúrgicas que serão realizadas, bem como a amostra ser formada por pacientes com experiências cirúrgicas anteriores.

O trabalho de Beuter (2004) corrobora com algumas informações dos autores anteriores, pois em pesquisa sobre o preparo operatório na ótica do paciente cirúrgico, constataram que, a maioria dos pacientes que recebeu orientações pela equipe médica no período pré-cirúrgico, sobre o período pós-operatório, bem como a prática educativa e orientações dos procedimentos realizados pela enfermagem, foram beneficiados quanto ao alívio da ansiedade, da dor, na rapidez da recuperação e aumento da auto-estima.

## 1.2. Referencial Teórico

### **O conceito de ansiedade**

Ansiedade é definida por vários autores como um mecanismo que mobiliza os recursos físicos e psíquicos para lidar com as situações de alta demanda, sendo o estresse uma consequência direta dos esforços constantes e adaptativos da pessoa frente à situação existente, os quais acabam por perturbar a homeostase do indivíduo (Coutrin et al., 2003).

Lazarus e Folkman (1984) afirmam que se um encontro, ou a aproximação de dois elementos, sendo um o indivíduo e o outro aquele de natureza diversa, capaz de desencadear um estímulo, o indivíduo passa a realizar uma avaliação cognitiva, a qual poderá categorizar este encontro no seu significado e propósito. Este estímulo pode ser avaliado pelo indivíduo como algo ameaçador gerando ansiedade.

Cunha (2001) assinala ansiedade como uma das emoções básicas mais importantes do ser humano, porque alerta o indivíduo e o impulsiona frente a ameaças.

Para a psicanálise, Freud (1894) coloca ansiedade como parte do instinto de conservação do ser humano, que se tornou herança filogenética da humanidade e foi considerada o núcleo das neuroses. Provavelmente, a função da ansiedade é facilitar a percepção do perigo ou de ameaça em potencial (Eysenck, 1992).

Ao conceituar ansiedade é importante a compreensão dos seus dois aspectos: ansiedade-estado e a ansiedade-traço. Para Spielberger (1979) a ansiedade-estado é uma reação emocional transitória percebida pela consciência e caracterizada por sentimentos subjetivos de tensão, apreensão e preocupação, que acabam por intensificar a atividade do sistema nervoso autônomo. Em consequência surgem respostas como alteração da frequência cardíaca, do padrão respiratório, da pressão arterial, tremores, entre outros.

Quando a ocorrência de um estímulo interno ou externo ao sujeito for por ele interpretado como algo ameaçador, será desencadeada uma reação emocional caracterizada como estado de ansiedade (Spielberger, 1979). Esta ansiedade-estado, desencadeada por um fator estressante, para Kaplan e Sadock (1995) é uma emoção desagradável que se apresenta com sensações físicas que advertem sobre a presença de perigos iminentes e impulsionam o indivíduo a tomar as medidas necessárias para lidar com as situações que são potencialmente perigosas. A sequência deste processo estressante prepara o indivíduo é uma reação de luta ou fuga (Guyton, 1988). Os autores afirmam que é mais importante a maneira como o indivíduo percebe a ameaça do que a própria ameaça e considera que as

diferenças na percepção, como também as reações às situações, caracterizam o traço ansiedade, ou seja, comportamentos individuais que na realidade se encontram latentes, até que uma situação os ative. Estas reações dos indivíduos, que estão sob influências de experiências passadas, os levam a reagir desta forma.

Portanto, para aquele autor, o traço de ansiedade seria uma energia potencial latente que pode ser liberada em determinadas situações. Para Spielberger (1979), espera-se que os indivíduos que apresentem alto traço de ansiedade apresentem elevação do estado de ansiedade em situações estressantes, porque as concebem como mais perigosas do que os indivíduos com baixo traço de ansiedade, reagindo mais intensamente ao estímulo.

### **O conceito de depressão**

A depressão é um transtorno afetivo que ocasiona alterações psíquicas e orgânicas. Winokur (1981) propõe que o paciente com depressão pode apresentar sintomas como irritabilidade, desânimo, infelicidade, tristeza, desesperança e abatimento.

A depressão maior é definida pela presença de pelo menos cinco das seguintes características, vivenciadas por duas semanas no mínimo: humor depressivo, perda de prazer, alterações do sono, fadiga, diminuição da concentração ou indecisão, alterações do apetite, agitação ou lentidão psicomotora, desvalorização ou culpa, pensamentos recorrentes sobre morte (DSM-IV-TR-2002).

Muitas vezes o termo depressão é usado para descrever tanto uma patologia quanto um estado de tristeza, normalmente vivenciado por fatos da vida cotidiana, podendo tratar-se, na realidade, de sintomas reativos e não uma patologia.

Para Cheniaux (2005) na depressão ocorre uma hipertimia, que é caracterizada como tristeza vital. Em alguns pacientes podem ocorrer sintomas ansiosos ou irritabilidade intensa. Há pouca variação no humor do deprimido caracterizando uma rigidez afetiva. Para o autor, a psicanálise com Freud (1917), em seu trabalho *Luto e Melancolia* traz grande colaboração para a compreensão da melancolia e destaca a correlação entre ela e a morte ou a ocorrência de separação do paciente de uma pessoa próxima (objeto). Afirma que a relação com esse objeto é ambivalente e a agressividade contra o objeto volta-se para o próprio ego do indivíduo.

Zimerman (2001) ao citar Freud, ressalta a afirmação que, na melancolia, há uma impossibilidade permanente de o indivíduo elaborar suas perdas, ou seja, realizar o luto pelo objeto perdido. Esta falta de elaboração denota uma confusão entre o seu “eu” e o objeto perdido, o que desencadeia constantes ameaças de ele estar perdido, esvaziado, levando o

indivíduo ao risco de suicídio. Na teoria psicanalítica a depressão e a melancolia se equivalem.

Simon (1989) conceitua adequação como um conjunto de respostas dadas frente às exigências da realidade externa ou interna, estas podem ser adequadas quando atendem a resolução do problema ao mesmo tempo em que é gratificante e não gera conflitos. Quando as respostas são incoerentes e não são consideradas soluções para o problema em questão, geralmente demonstram a existência de crise adaptativa na vida do paciente. É interessante ressaltar que as crises adaptativas são geradoras de tensão, sofrimento e não são toleráveis por longo tempo. Se o indivíduo não encontra soluções para os problemas e angústia, é possível tratar-se de uma crise adaptativa que desencadeia um estado de depressão reativa, o que pode refletir predominância de fatores internos negativos sobre os positivos, como pouca tolerância à frustração e à angústia, combinados com fatores externos negativos.

### **Os conceitos de vulnerabilidade e desajustamento psicossocial (EFN)**

A vulnerabilidade na Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN) representa traços de personalidade, que podem ser reconhecidos. Este fator agrupa sintomas típicos de transtorno de personalidade dependente e de esquiva, descreve insegurança do paciente, dependência de pessoas mais próximas, baixa auto-estima, medo de críticas, dificuldades em tomar decisões, etc. (Hutz e Nunes, 2001).

O desajustamento psicossocial na EFN refere-se a traços de personalidade, que, lembram os transtornos de personalidade antissocial e borderline, ao mesmo tempo em que descreve hostilidade em relação a outras pessoas e animais, comportamentos sexuais de risco ou atípicos, consumo exagerado de álcool, necessidade recorrente de chamar a atenção, manipulação das pessoas, descaso com regras sociais, etc. (Hutz e Nunes, 2001).

### **O conceito de enfrentamento – (Coping)**

Para Lazarus (1991), enfrentamento representa um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, que objetivam ao indivíduo reduzir, dominar ou tolerar as exigências específicas, internas e externas que chegaram à avaliação de exceder os recursos disponíveis.

O enfrentamento envolve estratégias que o indivíduo adquire através de experiências vividas, valores introjetados, habilidades, desenvolvimento cognitivo, memória consciente e inconsciente, envolvendo estado emocional e subjetividade para sua escolha frente situação de ansiedade e perigo (Medeiros e Peniche, 2006).

## Emoção e dor

Os mecanismos psicodinâmicos acima descritos levam a trabalhar em resposta aos desafios apresentados pela dor e pelas emoções associadas aos procedimentos cirúrgicos. Irving et al. (2000) propõem que um estado emocional seja visto como formado por dois fatores: um que é evidente, a sensação física característica e outro, como sensação consciente; por exemplo, sentimos nosso coração bater (sensação física) e sentimos medo (sensação consciente). Para os autores, as emoções são mediadas por um grupo de respostas periféricas, autonômicas, endócrinas e esqueléticas.

Segundo James-Lange (1985), as emoções seriam respostas cognitivas às informações periféricas, as quais preparam o corpo para ação e comunicação de nossos estados emocionais para o meio externo.

Ainda para Irving et al. (2000), a amígdala medeia as respostas emocionais inatas e também as adquiridas. Um bom exemplo de estado emocional aprendido é o condicionamento clássico do medo (figura 1).

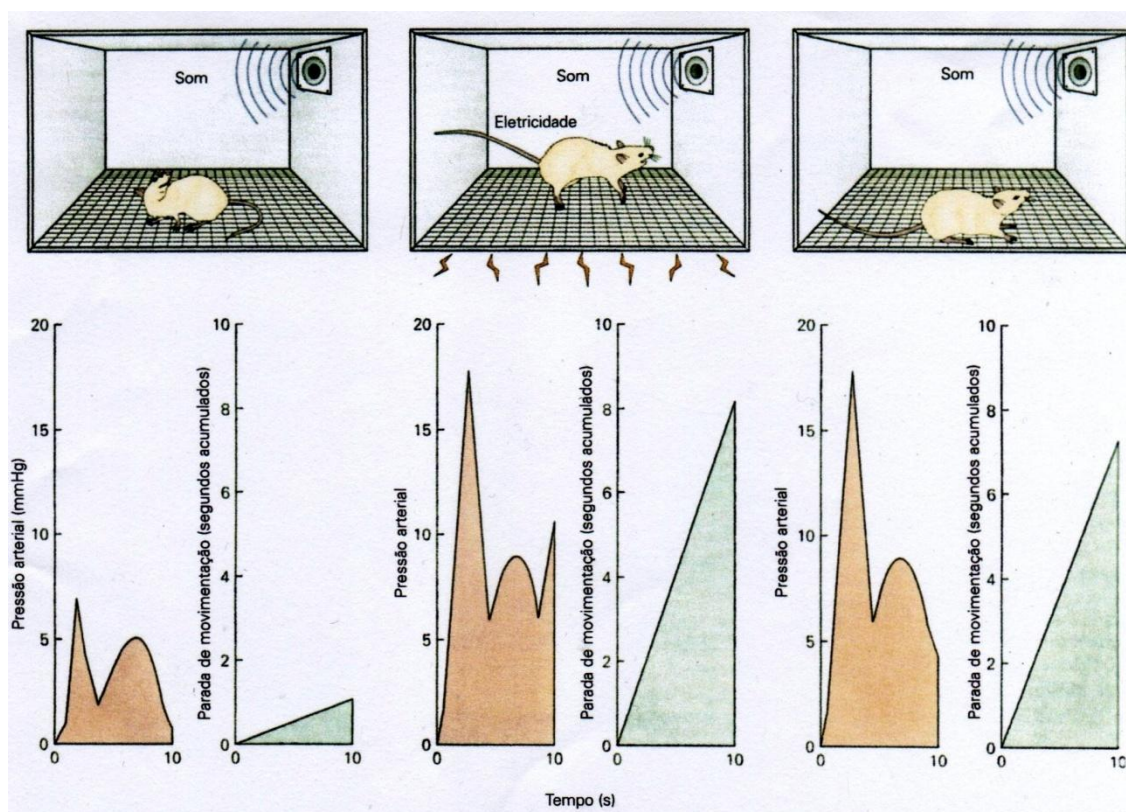


Ilustração 1 – Condicionamento clássico do medo

Damasio, (2001) sugere que ao pensarmos e analisarmos consequências potenciais de um comportamento, a memória de nosso estado emocional de situações vividas (experiências viscerais), se parecidas com as atuais, poderá fornecer informações úteis para os comportamentos futuros.

Basbaum e Jessell (2003) colocam a dor como uma percepção com experiência sensitiva desagradável e emocional. A definição da dor é complexa, por ser subjetiva e individual, Difere da percepção visual, auditiva e olfativa, pois apresenta um caráter primitivo e urgente, responsável por aspectos emocionais e afetivos. A intensidade da dor sentida é afetada pelas condições ambientais e difere de indivíduo para indivíduo, ainda que sob condições semelhantes.

Pode ser extremamente difícil para o paciente, encontrar uma linguagem que descreva sua dor não só por ser uma experiência sem semelhança com outra sensação prévia, como pela presença de componentes emocionais, social e espiritual.

Em resumo, as internações eletivas destinadas ao tratamento cirúrgico de diferentes patologias podem ser descritas como situações de ameaça que exigem respostas emocionais e comportamentais complexas por parte do paciente. A qualidade destas respostas parece ter um papel extremamente importante na determinação da evolução clínicas destes pacientes, ao menos no período pós-operatório imediato. O primeiro passo para se entender as complexas interações entre traços de personalidade, estratégias de enfrentamento de problemas e estados emocionais é documentar uma possível correlação entre eles. Este é o objetivo desta dissertação.

## 2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral: Avaliar a correlação entre medidas de ansiedade, depressão, vulnerabilidade, desajustamento psicossocial e estratégias de enfrentamento e a ocorrência de complicações pós-operatórias.

2.2. Objetivo específico: O objetivo específico foi correlacionar as medidas objetivas de ansiedade, depressão, vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, nível de dor e estratégia de enfrentamento obtidas antes e depois de intervenções cirúrgicas com a ocorrência de eventuais complicações clínicas no período de recuperação pós-operatório imediato.

### 3. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo do tipo quantitativo, prospectivo com coletas de informações imediatamente antes e poucos dias após uma intervenção cirúrgica. Foram utilizadas escalas de avaliação de ansiedade, depressão, estratégia de enfrentamento, vulnerabilidade, desajustamento psicossocial e dor.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo. Os participantes foram incluídos no estudo após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

#### 3.1. LOCAL DA PESQUISA

Os locais de desenvolvimento da pesquisa foram: Unidade Clínica de Cirurgia Geral do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, na cidade de São Paulo e o Ambulatório de Cirurgia de Gastroclínica do Hospital e Maternidade Santo Expedito na cidade de São Paulo.

#### 3.2. AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A amostra estudada incluiu pacientes internados para procedimentos em cirurgias eletivas, de médio e grande porte. Estes pacientes preencheram os seguintes critérios de inclusão:

- a) ser portador de patologia que exija procedimento cirúrgico
- b) ter idade superior a 18 anos
- c) aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- d) não ter usado no último mês fármacos antidepressivos ou ansiolíticos
- e) não estar em tratamento psiquiátrico ou psicológico

Os pacientes que preencheram estes critérios formaram a amostra de participantes da pesquisa, os pacientes que não preencheram positivamente aos cinco itens dos critérios estabelecidos, não puderam participar deste estudo.

Os pacientes receberam informações sobre a pesquisa e seus objetivos, bem como da sua participação voluntária e da manutenção do anonimato.

Procedeu-se, então ao registro das seguintes características:

- a) Idade
- b) Sexo
- c) Escolaridade
- d) Estado Civil
- e) Número de Filhos
- f) Profissão que exerce
- g) Cirurgias anteriores
- h) Presença e intensidade de dor no pré-operatório
- i) Cirurgia a realizar

A seguir iniciou-se a aplicação dos instrumentos auto-aplicáveis nos próprios leitos dos quartos das enfermarias nos hospitais. No Hospital e Maternidade Santo Expedito foram aplicados os questionários em pacientes do Projeto Piloto e o material foi exposto na apresentação para Qualificação. Deu-se o prosseguimento do trabalho na Unidade Clínica de Cirurgia Geral do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, na cidade de São Paulo.

### 3.3. INSTRUMENTOS

#### **Escala Analógica Visual de dor**

Para a avaliação da intensidade da dor no período pré-operatório e no pós-operatório foi utilizada a Escala Analógica Visual (VAS), que varia de zero a dez, sendo zero ausência de dor e dez significa muita dor. A pontuação referida pelo paciente foi enquadrada na escala analógica de Dor, conforme descrito por Downie e col. (1986), em que zero significa ausência de dor, de 1 a 3 nível baixo de dor, entre 4 a 6 nível médio de dor e de 7 a 10 nível alto de dor.

#### **Inventário de ansiedade traço-estado de Spielberger (IDATE)**

Para a avaliação do nível da ansiedade foram utilizadas as Escalas de Ansiedade (IDATE I-II) - Spielberger, 1966 (Anexo 2 e Anexo 3).

A Escala de Ansiedade Estado (IDATE I), apresenta 20 afirmações, em que o paciente indica a intensidade de ansiedade-estado, exatamente naquele momento, numa escala que varia de 0 a 4. Os itens 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20 desta escala tiveram as

pontuações invertidas, ao invés de ser de 0 a 4, foram registrados os valores na ordem de 4 a 0, porque o conteúdo das afirmações do inventário é oposto ao das afirmações dos demais itens. O total da escala varia de 20 até 80, os níveis mais altos representam os estados mais altos de ansiedade (Spielberger, et al, 1979). Os pacientes respondem a cada item, numa escala de quatro pontos. A soma dos itens aponta para o nível de ansiedade apresentado pelo paciente no momento.

As quatro categorias para a escala de A- Estado são:

- 1-Absolutamente não
- 2-Um pouco
- 3-Bastante
- 4-Muitíssimo

Na Escala de Ansiedade Traço (IDATE II), o paciente indica a frequência com que ocorrem aquelas afirmações (traço). Os itens 1,6,7,10,13,16,19 desta escala tiveram suas pontuações invertidas de 0 a 4 para de 4 a 0, isto porque os conteúdos destas afirmações são opostos aos dos demais itens. Os pontos desta escala variam de 20 a 80, sendo que os níveis mais altos representam os mais altos níveis de ansiedade, (Spielberger, et al,1979). As quatro categorias para a Escala de A-Traço são:

- 1-Quase nunca
- 2-Às vezes
- 3- Frequentemente
- 4-Quase sempre

Segundo Chaves (1994) de acordo com escores obtidos, sugere tanto para Ansiedade-Estado como para Ansiedade Traço a seguinte avaliação frente aos resultados:

- 20-40= nível baixo
- 41-60=nível médio
- 61-80=nível alto

### **Inventário de Depressão de Beck (BDI)**

O Inventário de Depressão de Beck, (BDI) como é conhecido, foi elaborado originalmente por Beck, et al, (1961) e revisado por Beck, et al (1996). Este instrumento foi utilizado neste trabalho para auto-avaliação de possíveis sintomas depressivos. Nele há 21 categorias de sintomas e atitudes com quatro alternativas que apontam graus crescentes de gravidade de depressão, com escores de 0 a 3 (Williams, Barlow e Agras, 1972). As

categorias foram agrupadas em: ausência de sintomas, presença de disforia e de sintomas que indicam depressão. O escore máximo é de 63 pontos (Anexo 4).

Oliver e Simmons (1984) sugerem, com base em trabalhos de pesquisa, que o BDI poderá ser usado para triagem em população de indivíduos normais, sendo que um escore de 18 a 19 daria uma estimativa de possível depressão.

Na edição do manual do inventário de 1993 foram sugeridos para avaliar a intensidade da depressão em pacientes deprimidos os seguintes escores:

0 a 11= nível mínimo

12 a 19= nível leve

20 a 35= nível grave

### **Inventário de Estratégias de Enfrentamento**

Para a identificação das estratégias de enfrentamento utilizadas foi aplicado o Inventário de Enfrentamento de Folkman e Lazarus (1980) que foi adaptado para o português em 1996, por Savóia, Santana, Mejias (Anexo 5).

O inventário original de Folkman e Lazarus apresenta 66 itens que irão identificar as diferentes estratégias de enfrentamento ante ao estresse. Na adaptação para o idioma da Língua Portuguesa, realizado por Savóia e cols., o inventário apresenta 46 itens (Anexo5). Em ambos os inventários os itens se agrupam em oito diferentes fatores formados por itens específicos, que representam as diferentes estratégias de enfrentamento:

1-Confronto: 07-17-28-34-40-47

2-Afastamento: 06-10-13-16-21-41-44,

3-Autocontrole: 14-15-35-43-54

4-Suporte Social: 08-18-22-31-42-45

5-Aceitação de responsabilidade: 09-25-29-48-51-52-62

6- Fuga e Esquiva: 58-59

7-Resolução de Problemas: 01-26-46-49

8-Reavaliação Positiva: 20-23-30-36-38-39-56-60-63

Foi utilizada a Tabela 1 da Adaptação para a Língua Portuguesa feita por Savóia et al. (Anexo 5). Os escores foram pontuados de acordo com as seguintes categorias:

Zero (0) não utilizei estratégias,

Um (1) utilizei pouco,

Dois (2) utilizei muito tal estratégia,

Três (3) utilizei em grande quantidade.

A soma dos valores dos itens resultará respectivamente no escore total de cada fator. O fator que obtiver a maior soma indicará a estratégia utilizada pelo paciente no momento. O paciente poderá utilizar mais de uma estratégia para lidar com a situação a qual está exposto.

### **Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo – EFN**

Utilizou-se a Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) para a avaliação da Vulnerabilidade e do Desajustamento Psicossocial do paciente. Esta escala objetiva avaliar uma dimensão da personalidade humana denominada de neuroticismo/estabilidade emocional no modelo dos cinco fatores (Hutz, Nunes, Sena, Silveira, Anon e Wiczorek, 1998). Foi elaborada por Hutz e Nunes e publicada em 2001.

Neuroticismo, fator N refere-se ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional e representa as diferenças individuais que acontecem quando os indivíduos experimentam padrões emocionais associados a desconforto psicológico como aflição, angústia, sofrimento, etc, bem como os estilos cognitivos e comportamentais decorrentes.

A EFN é composta por 82 itens, em 4 subescalas, N1-N2-N3-N4:

1-Subescala de Vulnerabilidade (N1) que é formada por 23 itens. Este fator contém sintomas típicos de transtornos de personalidade e de esquiwa (Anexo 6).

2-Subescala de Desajustamento Psicossocial (N2) que é formada por 14 itens e agrupa sintomas de personalidade anti-social e borderline. (Anexo 7)

3-Subescala de Ansiedade (N3) que é formada por 25 itens e agrupa sintomas e transtornos de Ansiedade.

4-Subescala de Depressão (N4) que é formada por 20 itens e apresenta sintomas de desesperança, depressão, ideação suicida e similares.

Foi aplicada a escala com os fatores Vulnerabilidade (N1) e Desajustamento Psicossocial (N2), porque foi utilizado o Inventário IDATE I e II para avaliação do nível de ansiedade e o Inventário de Beck (BDI) para a avaliação do nível de depressão.

A EFN pode ser utilizada para pesquisa, hospitais, recurso clínico, etc. Este instrumento permite uma avaliação rápida e objetiva de importantes aspectos da personalidade.

Para Watson e Hubbard (1996) o neuroticismo desempenha um papel importante no processo de enfrentamento, porque altos escores de N apontam para um valor preditivo em relação à ocorrência de eventos de vida estressante, mesmo quando estes eventos são

objetivamente definidos. Estes indivíduos fazem avaliações negativistas do ambiente e situações.

A EFN ganha papel importante neste trabalho ao ser avaliada ao lado do inventário de estratégias de enfrentamento e fornecer o nível de vulnerabilidade e de desajustamento psicossocial no ambiente hospitalar frente à cirurgia.

Os mesmos instrumentos usados no início da internação foram reaplicados por ocasião da alta hospitalar.

### 3.4. Aspectos Éticos

De acordo com as exigências de atendimento aos direitos e deveres da Comunidade Científica, dos Sujeitos, das Pesquisas e do Estado, o projeto de Trabalho de Estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo. A documentação incluindo Projeto, Carta de Autorização do Comitê de Ética foram encaminhados à Diretoria Clínica e Cirúrgica do Conjunto Hospitalar do Mandaqui e ao Hospital e Maternidade Santo Expedito, ambos localizados na cidade de São Paulo. Após autorização iniciaram-se os contatos com os pacientes na enfermaria dos hospitais. Nesta fase os objetivos do estudo foram explicados aos pacientes, comunicada a livre participação e a garantia do anonimato no trabalho dos participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue ao indivíduo da pesquisa para leitura, esclarecimentos de dúvidas e assinatura (Anexo 1).

### 3.5. Análise Estatística

Na efetuação da análise dos dados usou-se a distribuição de frequências, com números absolutos e porcentagens para a caracterização da amostra estudada. O nível de significância estatística considerado para este estudo foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

Para análise e correlações entre as variáveis, para verificação de grupos de variáveis, foi usado o índice de Correlação de Pearson.

Foi aplicado sobre os resultados das somas dos Sintomas relacionados às estratégias de enfrentamento predominantes de F4 (suporte social) e F8 (reavaliação positiva) o Teste G de COCHRAN, sendo ( $p < 0,0001$ ), com a finalidade de comparar as ocorrências simultâneas dos sintomas estudados. O teste G foi aplicado em separado para F4 e F8 e apontou os sintomas com frequência significantes.

A análise de variância de Friedman (Siegel, 2006), foi aplicada com o objetivo de comparar as medidas dos escores das variáveis estudadas em relação às diferenças percentuais (Delta %), calculadas entre os valores do período pré e pós-operatório. Esta análise foi aplicada em separado para os grupos F4 (suporte social) e F8 (reavaliação positiva).

O teste exato de Fisher (Siegel, 2006) foi aplicado para comparar os grupos F4 e F8 em relação à presença de cada um dos sintomas considerados.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. COMENTÁRIOS ESPECÍFICOS DA AMOSTRA

Foram avaliados 31 indivíduos (16 mulheres) com idade variando de 18 a 69 anos (média  $\pm$  desvio padrão =  $54,06 \pm 14,05$  anos). Não houve diferença significativa na variação da idade entre homens e mulheres do grupo ( $t = 0,83$ ;  $p = 0,418$ ).

O tempo médio de internação de todos os indivíduos foi de  $9,13 \pm 6,05$  dias, mas os indivíduos do sexo masculino ficaram internados por  $12,5 \pm 5,5$  dias em contraste com as pacientes do sexo feminino ( $6,0 \pm 4,8$  dias); ( $t = -3,46$ ;  $p = 0,002$ );  $DF = 28$  (figura 1).

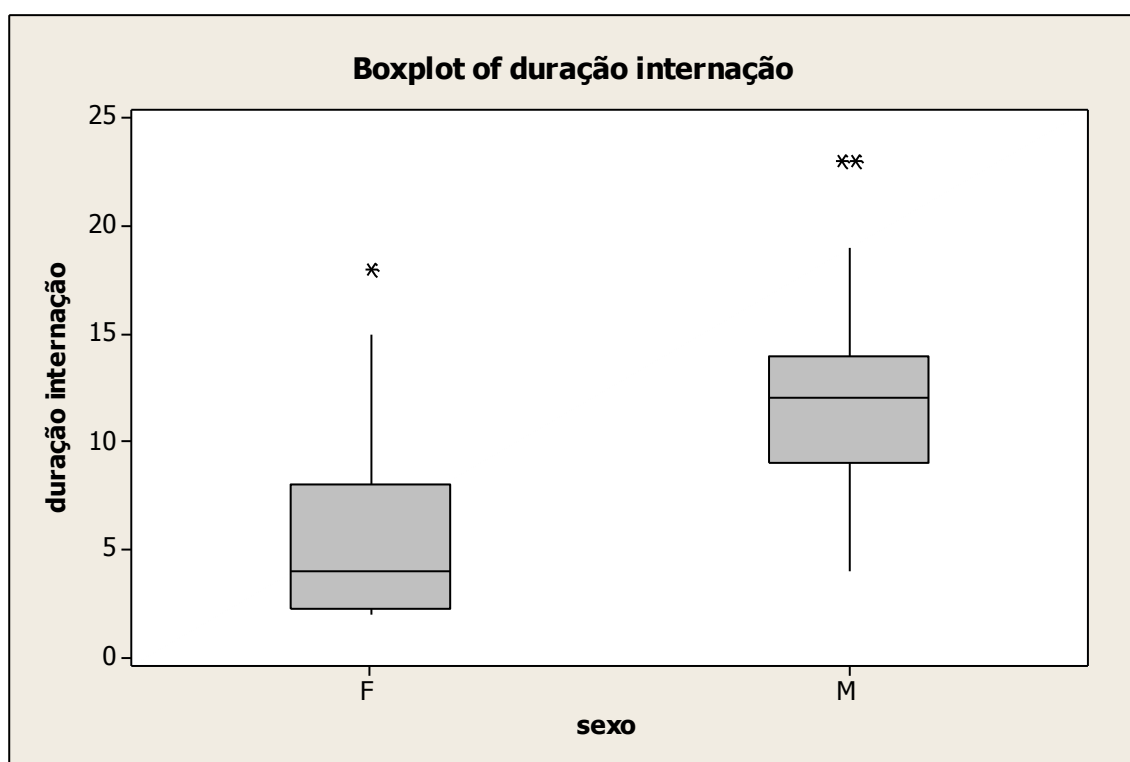


FIGURA 1 - Duração do período de internação em dias

A figura 2 sugere que o tempo de internação (dias) não esteve relacionado à idade (anos) do paciente, segundo o coeficiente de correlação de Pearson.

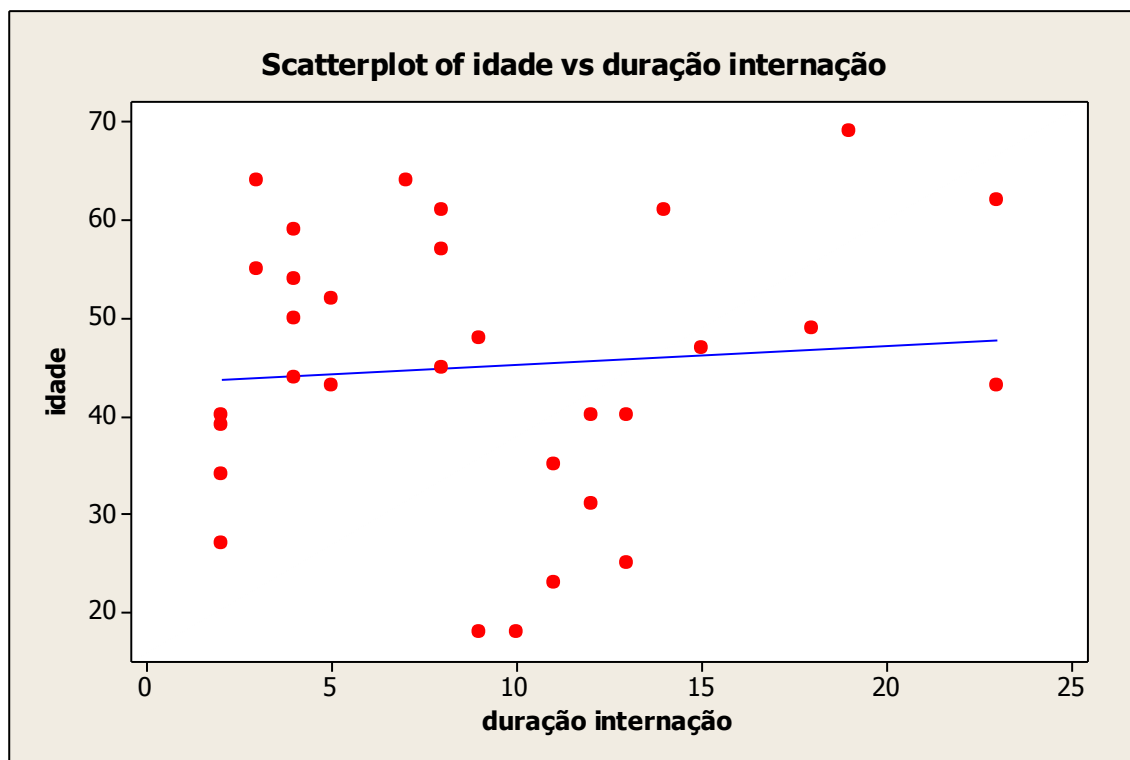


FIGURA 2 - Período de internação e a idade do paciente

A figura 3 mostra correlação significativa entre a intensidade da dor antes e após a cirurgia (Coeficiente de correlação de Pearson = 0,573,  $p = 0,001$ ).

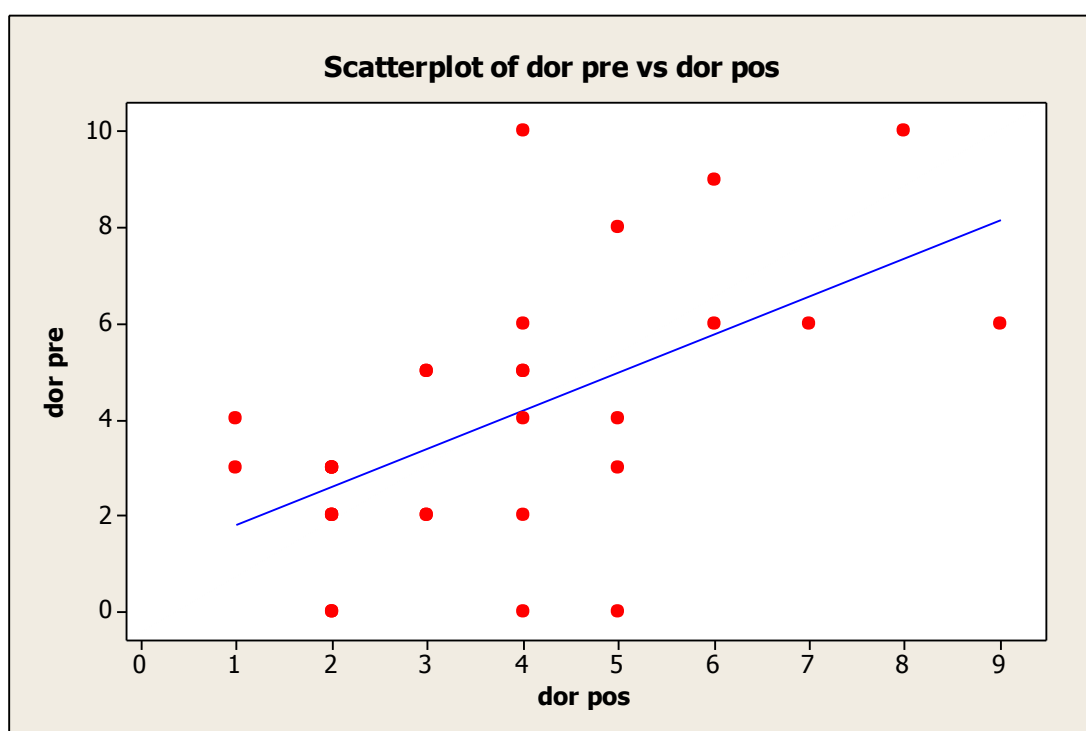


FIGURA 3 - Presença de dor no período pré e pós-operatório

A figura 4 mostra que embora os homens tivessem níveis de dor comparáveis aos das mulheres no pré-operatório ( $t = -1,55$   $p = 0,133$ )  $DF = 27$  (talvez em função da alta variância dos resultados), os homens relataram dor mais intensa tanto no pré como no pós-operatório ( $t = -2,06$ ;  $p = 0,049$ )  $DF = 27$ .

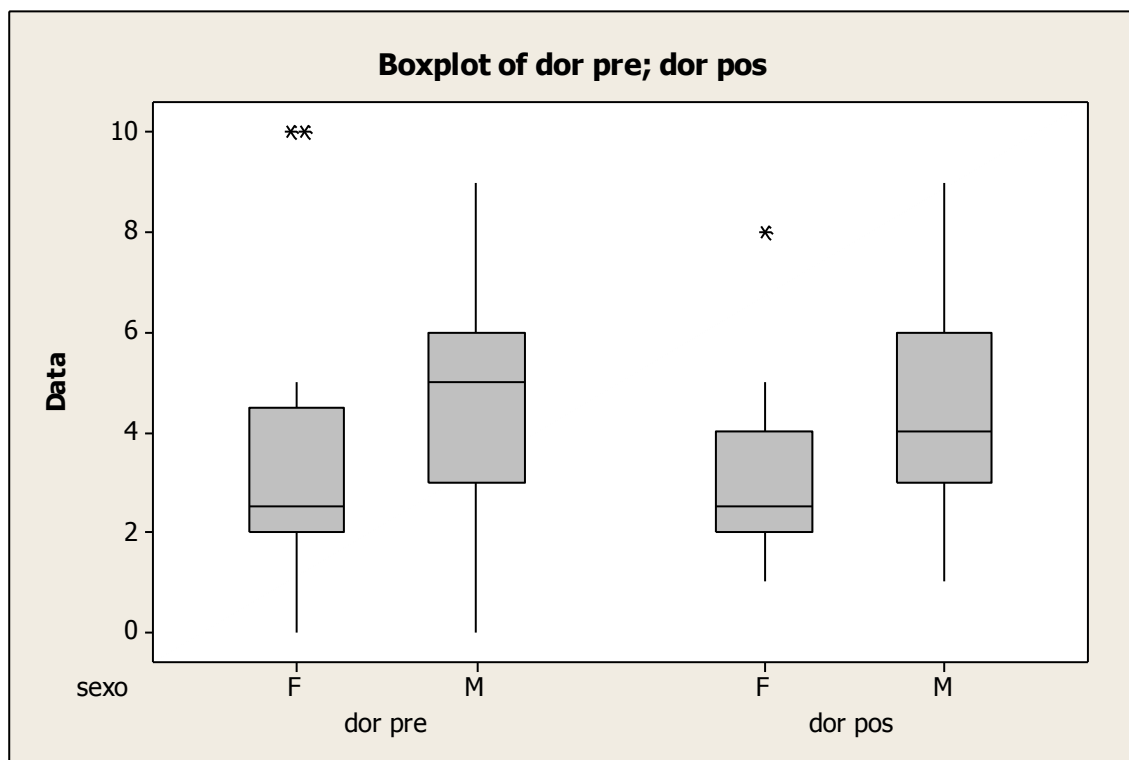


FIGURA 4 - Presença de dor em relação ao gênero masculino/feminino

Uma comparação entre os níveis de dor sentida antes e depois da cirurgia levando-se em conta a estratégia de enfrentamento adotada não mostrou diferenças significativas (Tabela 1 e 2). Para esta comparação foram excluídos os indivíduos com estratégia tipo F1 e aqueles com estratégias associadas (F4 + F8) e (F1+ F4+F8) - (F4+F8), (F5+F8). N=26 pacientes (Anexo 12).

Tabela 1: intensidade da dor pré em função da estratégia de enfrentamento

| Estratégia de enfrentamento pós         | N  |             |
|---|----|-------------|
| F4                                      | 7  | 2,57 ± 2,3  |
| F8                                      | 24 | 4,38 ± 2,78 |
| T-Value = -1,74 P-Value = 0,110 DF = 11 |    |             |

Tabela 2: intensidade da dor pós em função da estratégia de enfrentamento

| Estratégia de enfrentamento pós | N  |             |
|---------------------------------|----|-------------|
| F4                              | 7  | 3,57 ± 2,51 |
| F8                              | 24 | 3,79 ± 1,86 |

T-Value = -0,22 P-Value = 0,835 DF = 8

A escala de VAS expressou os resultados dos níveis de dor na amostra com escolha das estratégias F4 e F8, no pré- cirúrgico e no pós- cirúrgico, realizando-se a comparação dos resultados entre si (Anexo 12 e Anexo 13).

No período pré-cirúrgico 8 pacientes escolheram a estratégia de enfrentamento F4, destes pacientes 7 apresentaram dor comparado aos pacientes que escolheram a estratégia de reavaliação positiva, que foram 18, dos quais 15 relataram dor no pré-operatório. No período pós- operatório 8 pacientes da estratégia F4 apresentaram dor e 18 pacientes tiveram dor no pós-operatório da estratégia F8. O nível médio de dor no pré-cirúrgico representou a maioria no período pré e pós- operatório.

O nível baixo de dor teve um aumento no pós- cirúrgico de 2 pacientes em relação ao pré-cirúrgico, sendo 11 pacientes para o pré e 13 para o pós-operatório e de 4 pacientes no nível médio de dor de 8 pacientes no pré-operatório para 12 pacientes no pós-operatório, e um decréscimo de 2 pacientes para o nível alto de dor, sendo 3 pacientes no pré e 1 paciente no pós-cirúrgico.

O Teste de Wilcoxon para a dor dos períodos pós e pré-operatório apontou um número não significativo para os resultados:  $z = 0,10$  ( $p = 0,4583$ ) NS=Não Significativo

Em relação às escalas de ansiedade IDATE-I (Estado), a avaliação pré-operatória mostrou a ocorrência de nível médio em 22 pacientes, dos quais 5 haviam adotado a estratégia F4 e 17 pacientes haviam adotado a estratégia F8. Apenas um paciente com nível baixo de ansiedade usou a estratégia F4. Entre os 3 pacientes com altos níveis de ansiedade, 2 usaram estratégia F4 e um adotou F8.

No período pós-operatório tivemos 20 pacientes com níveis médios de ansiedade, representando a maioria da amostra, sendo 7 pacientes da estratégia F4 e 13 da estratégia F8. No nível baixo tivemos 6 pacientes, sendo 1 paciente da estratégia F4 e 5 pacientes do tipo F8. (Anexo 12).

Em relação aos sintomas ansiosos, os homens apresentaram níveis de ansiedade-estado maior no pré-operatório ( $54,6 \pm 10,0$  versus  $49,6 \pm 5,37$ ; ( $t = -1,71$ ;  $p = 0,10$ );  $DF = 21$ , mas esta diferença não se mostrou significativa. Já na comparação dos níveis de

ansiedade-estado no pós-operatório, esta diferença foi significativa:  $45,73 \pm 5,44$  versus  $41,38 \pm 3,58$ ; ( $t = -2,62$ ;  $p = 0,015$ );  $DF = 23$  (Figura 5).

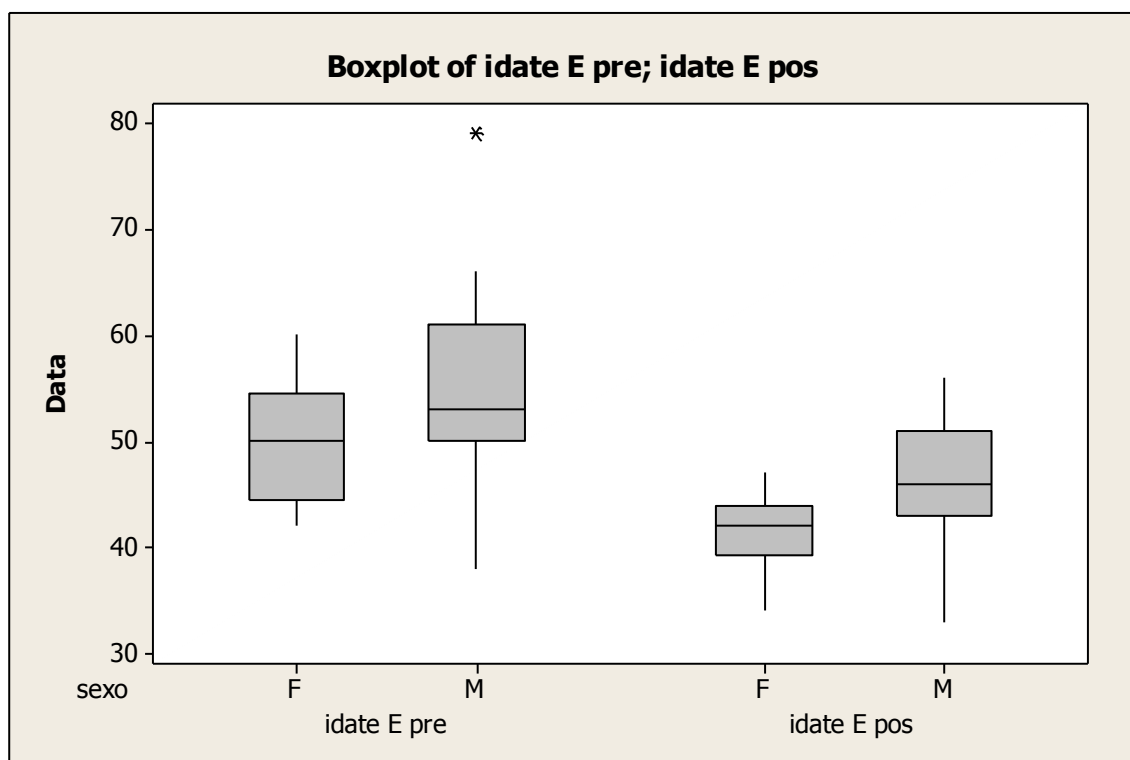


FIGURA 5 - IDATE E pré e pós-operatório em relação ao gênero masculino/feminino

Em relação à escala IDATE-II (Traço), a maioria dos pacientes (18) apresentou nível médio no período pré-operatório (Anexo11), sendo 6 pacientes da estratégia F4 e 12 da estratégia da F8. No nível baixo encontramos 2 pacientes, sendo 1 da estratégia de enfrentamento F4 e 1 da F8. No nível alto foram 6 pacientes, sendo 1 da estratégia F4 e 5 da F8. No período pós operatório encontramos a maioria representada por 26 pacientes no nível médio, sendo 8 do tipo F4 e 18 do tipo F8.

Em relação à escala de depressão BDI, observou-se que sintomas depressivos apresentaram-se em níveis baixos no período pré-operatório em 14 pacientes, dos quais 4 usaram estratégia F4 e 10 estratégia F8. No nível leve de depressão foram encontrados 10 pacientes, sendo 4 na estratégia F4 e 6 na F8. No nível grave foram 2 pacientes na estratégia F8 (Anexo 11).

Em relação à depressão no período pós-operatório, 16 pacientes apresentaram o nível mínimo de depressão, sendo 5 na estratégia tipo F4 e 11 na F8. Encontramos 10 pacientes

no nível leve de depressão, sendo 3 da estratégia F4 e 7 pacientes em F8. Nenhum paciente no pós-operatório atingiu o nível grave de depressão (Anexo11).

Não foram observadas diferenças nas comparações dos escores do período pré e pós-operatório.

Teste de Wilcoxon para BDI Pré x Pós  $Z= 1,54$ ; ( $p=0,1235$ ) NS= Não Significativo

Não foram observadas diferenças significativas entre os gêneros na comparação dos escores da escala de depressão BDI tanto no pré ( $t = -0,67$ ;  $p = 0,509$ ) quanto no pós-operatório ( $t = -0,21$ ;  $p = 0,833$ ) (Figura 6).

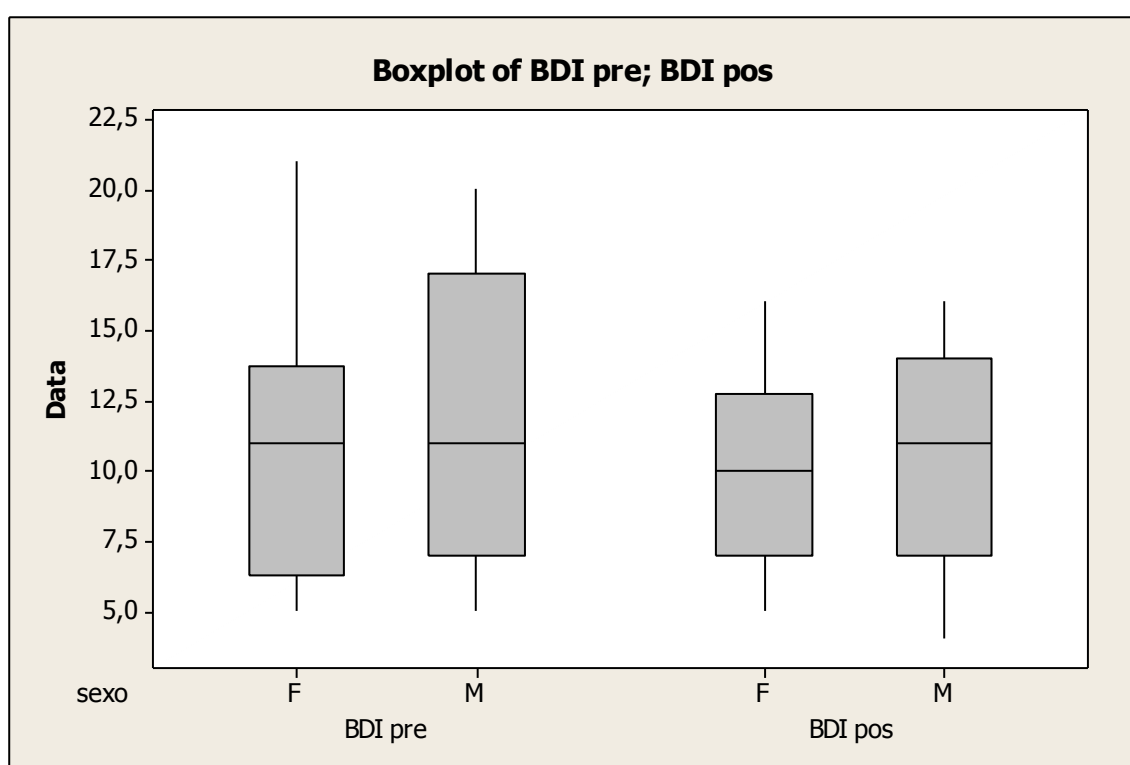


FIGURA 6 - BDI em relação ao gênero masculino/feminino

Não foram observadas diferenças nas comparações pré e pós-operatórias entre os escores da escala de neuroticismo N1 ( $t = 0,63$ ;  $p = 0,536$ ) e N2 ( $t = 1,25$ ;  $p = 0,220$ ). (Fig.7)

Em relação aos resultados das subescalas N1 (Fig. 8e) e N2 (Fig.8c), respectivamente vulnerabilidade e desajustamento psicossocial não foram encontradas diferenças com números significativos entre o período pré e pós-operatório (Anexo 12).

O Teste de Wilcoxon para N1 e N2 dos períodos pré e pós-operatório apontou um número não significativo para os resultados das subescalas:

N1= $Z = 0,42$ ( $p=0,3363$ ) NS= Não Significativo

$N2 = Z = 1.99$ ; ( $p = 0,0232$ ) Pós < Pré NS = Não Significativo

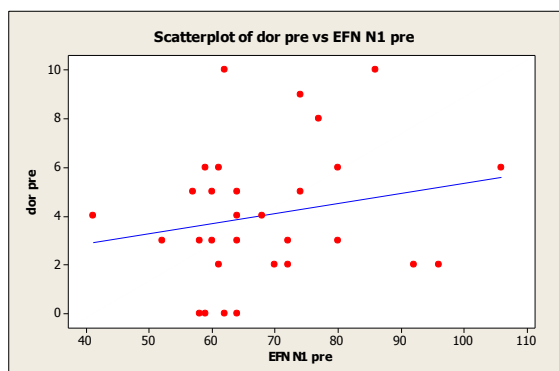


FIGURA 7a- Dor e N1 no pré-operatório

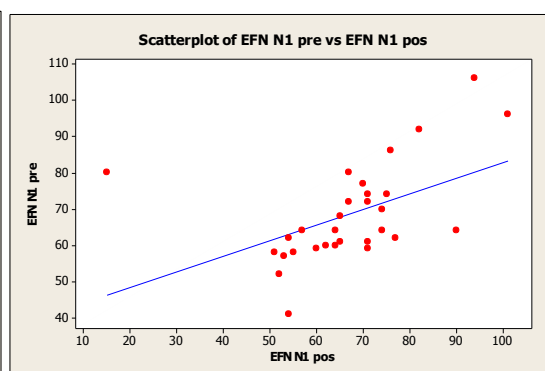


FIGURA 7b- N1 no pré e pós-operatório

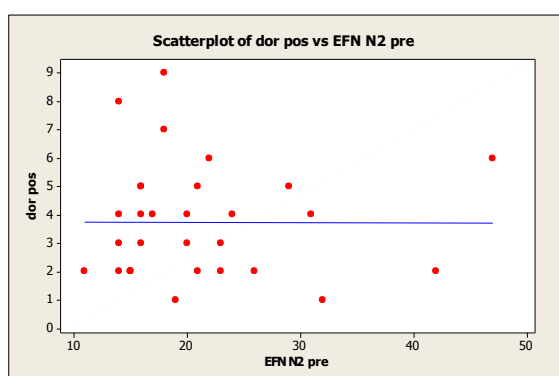


FIGURA 7c- Dor e N2 no pré e pós-operatório

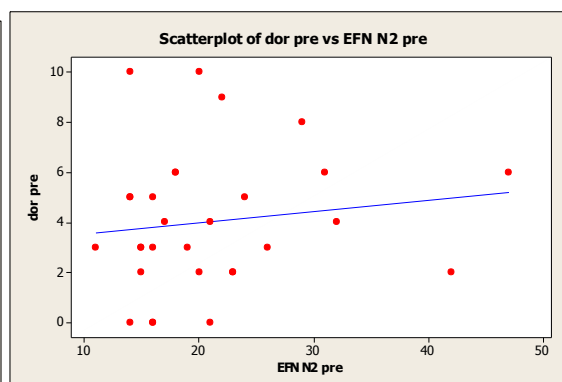


FIGURA 7d- Dor e N2 no pré-operatório

### Estratégias de enfrentamento

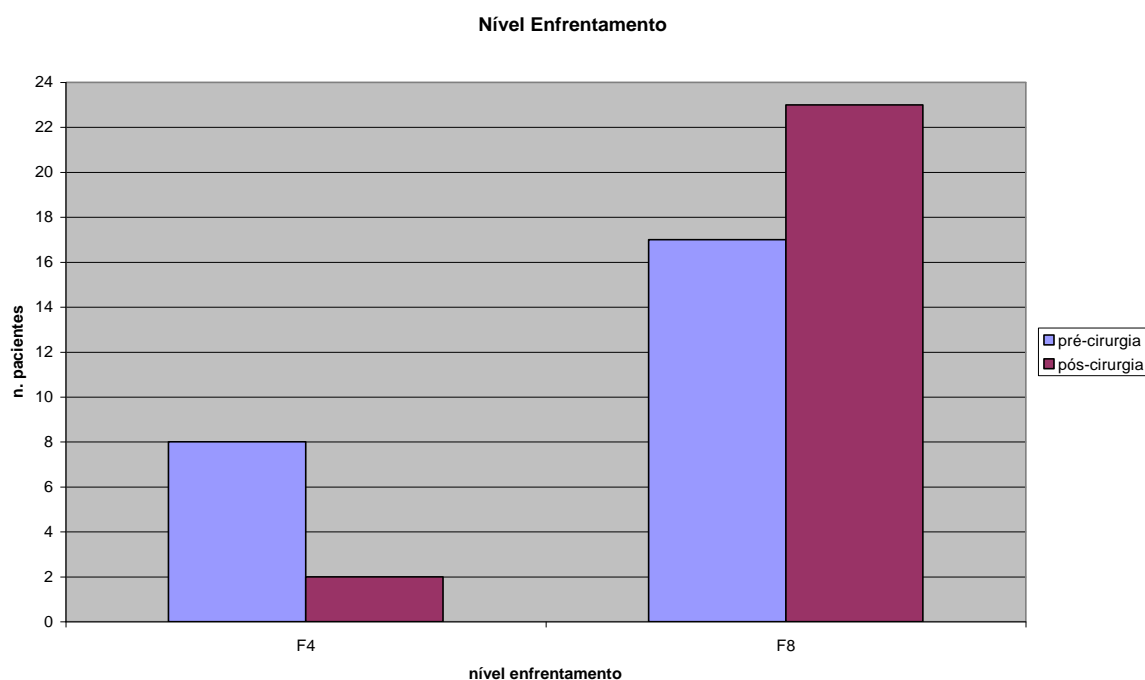
Em relação a esta escala, foi realizada uma contagem simples com um escore do tipo sim ou não, para a identificação da estratégia de enfrentamento. Observou-se que as pacientes do sexo feminino utilizaram muito mais frequentemente uma estratégia do tipo reavaliação positiva (F8) enquanto os pacientes do sexo masculino utilizaram uma estratégia do tipo suporte social (F4) com maior frequência (Tabela 3).

Tabela 3: Tipo de estratégia de enfrentamento adotada em função do gênero.

| Gênero    | Tipo de estratégia de enfrentamento adotada |                           |
|-----------|---|---------------------------|
|           | Suporte social (F4)                         | Reavaliação positiva (F8) |
| Masculino | 7   | 4                         |
| Feminino  | 1   | 14                        |

O número refere-se à quantidade de indivíduos que adotaram cada estratégia. Três indivíduos do sexo masculino adotaram os dois tipos e apenas um indivíduo do sexo masculino relatou ter adotado uma estratégia do tipo confronto (F1). Uma pessoa do sexo feminino adotou a estratégia do tipo F5+F8.

Houve um maior escore para a estratégia de reavaliação positiva F8, sendo 18 pacientes e as mulheres utilizaram mais esta estratégia dos que os homens, pois estes com maior frequência utilizaram o suporte social F4, que assinalou um total de 8 pacientes (Fig. 8).



F4= Estratégia de Enfrentamento Suporte Social

F8= Estratégia de Enfrentamento Reavaliação Positiva

A tabela 4 mostra a comparação entre as estratégias de enfrentamento adotadas por todos os indivíduos antes e depois da cirurgia, sugerindo um padrão relativamente estável para toda a amostra (figura 9).

Tabela 4: comparação entre as estratégias de enfrentamento adotadas antes e depois da cirurgia.

| Estratégias adotadas no pós-tratamento | Estratégias adotadas no pré-tratamento |       |    |
|--|--|-------|----|
|  | F4                                     | F4+F8 | F8 |
| F1                                     | 0                                      | 0     | 1  |
| F1, F4, F8                             | 1                                      | 0     | 0  |
| F4                                     | 1                                      | 1     | 6  |
| F4, F8                                 | 0                                      | 0     | 2  |
| F8                                     | 2                                      | 3     | 14 |

Obs.: 6 indivíduos mudaram sua estratégia de F4 para F8; 2 mudaram de F8 para F4; 3 mudaram de F8 para F4 + F8; 14 mantiveram estável o uso da estratégia F8 antes e depois da cirurgia.

### Correlações entre os escores obtidos antes e depois da cirurgia

As escalas IDATE, BDI e EFN foram aplicadas na internação e na alta do paciente. As figuras 9a até 9e mostram a correlação significativa entre estas aplicações, justificando o uso apenas das escalas pré-cirurgia nas demais comparações.

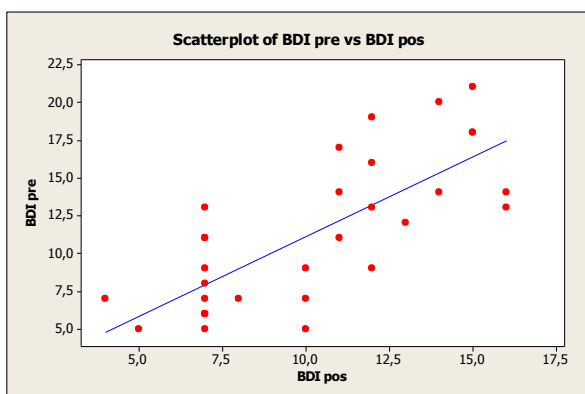


FIGURA 9a- Comparação BDI pré e pós-operatório

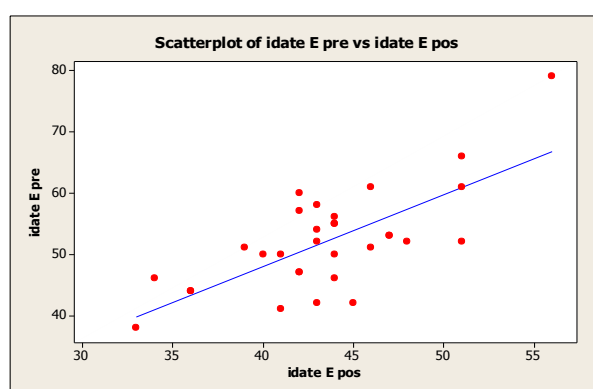


FIGURA 9b- Comp. IDATE pré e pós-operatório

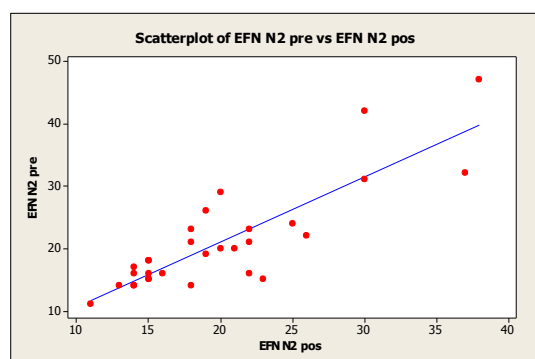


FIGURA 9c- Comp. EFN2 pré e pós-operatório

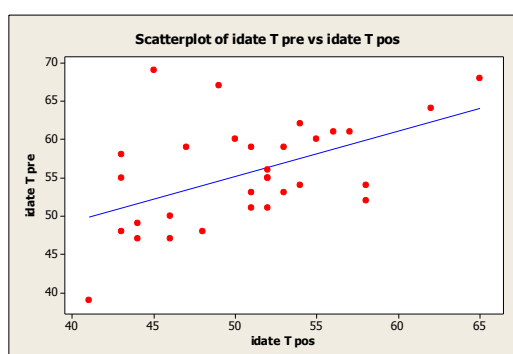


FIGURA9d- Comp. IDATE-T pré e pós-operatório

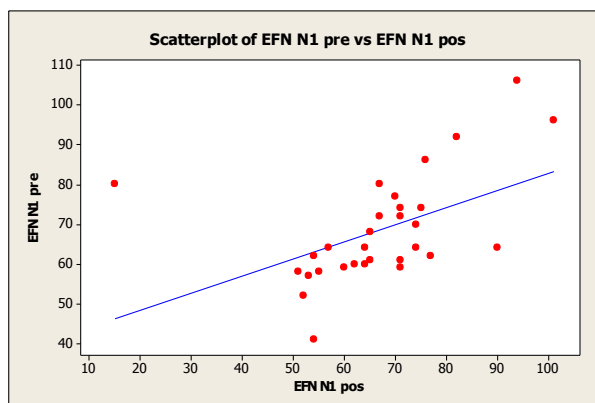


FIGURA 9e- Comparação EFN1 pré e pós-operatório

### Ocorrência de complicações

O tempo médio de internação dos pacientes teve uma variação de 9 a 6 dias, mas os indivíduos do sexo masculino ficaram internados aproximadamente 5 dias a mais que as pacientes do sexo feminino (Tabela 5).

No pós-cirúrgico 4 pacientes apresentaram febre no nível baixo, representando um número insignificante de pacientes, sendo 2 pacientes F4 e 2 de F8. Apenas 1 paciente apresentou hemorragia do grupo F8, o que não representa um número significativo.

Após cirurgia, 20 pacientes apresentaram tonturas, sendo 8 do grupo F4 e 12 de F8.

Os hematomas ligados aos procedimentos operatórios surgiram em 18 pacientes, sendo 6 pacientes do grupo F4 e 12 pacientes de F8. Os edemas resultantes do processo operatório se fizeram marcantes em 8 pacientes, sendo 2 em F4 e 6 de F8. Dois indivíduos apresentaram quadro de dispnéia, sendo 1 de F4 e 1 de F8. Verificou-se o sintoma de vômito em 5 pacientes, sendo 2 de F4 e 3 de F8.

## 5 – DISCUSSÃO

De forma geral, este estudo sugere, como se esperava, que o período de internação hospitalar pode ser visto como uma situação de grave ameaça a integridade física e psíquica dos pacientes que devem evocar mecanismos psicodinâmicos específicos para superá-lo.

Sintomas depressivos foram observados antes e depois da intervenção, mas seus níveis gerais não sofreram alterações neste período. Já os níveis de ansiedade variaram refletindo a resposta emocional à situação. A variação da ansiedade se correlacionou aos níveis de dor apresentados sugerindo uma possível relação causal.

De forma interessante, a ansiedade foi maior entre homens, mas o tempo de internação também o foi. Isso pode sugerir tanto que os homens foram mais propensos a reações ansiosas quanto que eles tivessem patologias mais graves (o que poderia justificar a internação mais longa) e com maior sofrimento mental.

O período pós-operatório entre homens também foi marcado por níveis mais elevados de dor, mas estes níveis foram proporcionais ao observado no pré-operatório, sugerindo, novamente, uma patologia de base mais grave.

Estes achados sugerem que o estresse mais intenso e agudo gerado pela intervenção cirúrgica decaiu de forma que alguns pacientes puderam diminuir a ansiedade estado e em menor escala a ansiedade traço, provavelmente porque este se refere a um traço de personalidade.

O grau de sofrimento relacionado à ansiedade está naturalmente ligado às possibilidades cognitivas do indivíduo para escolha das estratégias adotadas, para lidar com a situação de internação. Se o paciente escolhe uma estratégia de enfrentamento válida para suas características, expectativas e ambiente espera-se que tal escolha colabore para um estado de recuperação com rebaixamento da ansiedade, menores complicações pós-cirúrgicas e um número menor de dias de internação.

Pode-se pensar que a ansiedade exerça uma grande influencia na escolha de estratégia de enfrentamento adotada. O que se observou aqui foi uma certa mudança nas estratégias adotadas antes e depois da cirurgia, muitas vezes com o acréscimo de novas estratégias. Estas mudanças podem estar relacionadas à redução da ansiedade no período pós-operatório, mas investigações mais detalhadas são ainda necessárias.

Um fator que não foi adequadamente avaliado neste estudo foi a natureza e gravidade da patologia de base que motivou a internação. Embora a informação acerca do diagnóstico esteja apresentada no Anexo 13, a maneira como cada paciente interpretou tal

informação não foi profundamente estudada aqui. De forma geral, parece que a redução dos níveis de ansiedade e de dor logo nos primeiros dias após a cirurgia pode estar relacionada à própria estratégia de “coping” utilizada. Uma forma de ver tal fenômeno é a proposta de Chaves, Jouclas e Peniche (1999) que sugerem uma busca de equilíbrio adaptativo, pelo paciente, frente a uma situação estressante, geradora de alterações correlacionadas aos parâmetros clínicos. No estudo destes autores os pacientes mais ansiosos utilizaram como estratégia de enfrentamento o fator afastamento.

Neste trabalho a maioria dos pacientes mais ansiosos escolheu a estratégia de suporte social, é interessante ressaltar que apesar da vulnerabilidade apresentar nível médio, os valores baixos de desajustamento psicossocial, destes pacientes, podem representar prováveis rebaixamentos de hostilidade e agressividade. Os pacientes que apresentaram mais dor escolheram a estratégia de enfrentamento F8, apesar desta estratégia, na sua maioria foi escolha pelas mulheres.

Os resultados para os sintomas depressivos não foram significativos no pré-operatório e no pós-operatório, mantendo-se durante todo o período de internação. Assim, parece que a presença ou não de sintomas depressivos no período pré-operatório são menos relevantes do que a de sintomas ansiosos.

Em relação aos escores das subescalas de Neuroticismo não foram observadas diferenças nas comparações dos escores no pré e pós-operatórias. É provável, que tal ocorra devido a vulnerabilidade e o desajustamento psicossocial serem características de personalidade, não apresentando mudanças significativas durante um curto período de tempo avaliado.

É interessante ressaltar que a maioria dos pacientes se colocou no nível médio de vulnerabilidade e que este nível corresponde positivamente ao nível médio de ansiedade estado no pré e no pós-cirúrgico.

O desajustamento psicossocial atingiu escores semelhantes de nível baixo para o pré-cirúrgico e para o pós-cirúrgico, não existindo ainda na literatura discussões e análises específicas para níveis muito baixos de desajustamento psicossocial. Uma possível hipótese a ser levantada neste estudo, no caso específico de pacientes cirúrgicos, é que o paciente sinta-se mais propenso à seguir as normas e regras hospitalares e do tratamento inibindo, assim parcialmente, sua hostilidade, agressividade e egoísmo, utilizando desta forma mais a sua tendência ao egoísmo para manipular as pessoas em seu próprio benefício, porque nesta fase sente-se mais dependente de outras pessoas.

Ao observa, os sintomas pós-operatório, notou-se que tanto em pacientes pertencentes ao grupo de estratégia de enfrentamento F4 quanto de F8 (Anexo 12), o teste G de Cochran mostrou ser significativamente mais freqüente os sintomas de dor, hematoma e tontura, em ambas as formas de estratégias de enfrentamento. Também, não foram encontradas diferenças significantes, entre as estratégias de enfrentamento F4 e F8, comparadas em relação às diferenças percentuais para as variáveis estudadas nesta pesquisa.

## 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes com escolha de estratégia de enfrentamento suporte social (F4) apresentaram um nível mais baixo de dor e ansiedade no período pré-operatório e migraram mais no pós-operatório para (F8) reavaliação positiva, ou acrescentaram esta estratégia à primeira. Os pacientes que escolheram como estratégia de enfrentamento a reavaliação positiva (F8), apresentaram nível de ansiedade médio e menor tempo de internação hospitalar e a maioria dos pacientes da amostra teve poucos sintomas pós-operatório dentre os observados, neste estudo.

Assim, frente aos objetivos propostos pela pesquisa conclui-se que as duas estratégias que apresentaram maior número de pacientes, a F4 e F8 não diferem significativamente quanto a presença de sintomas. Observou-se, tanto para F4 quanto para F8 um decréscimo no pós-operatório do sintoma dor e rebaixamento dos escores de ansiedade estado. Isto pode demonstrar a similaridade das estratégias escolhidas F4 e F8 perante estes resultados, bem como a possível influencia da ansiedade, vulnerabilidade e dor na escolha destas estratégias.

Ao estudar a presença, simultânea dos sintomas, no pós-operatório, evidenciou-se presença significativamente maior dos sintomas dor, hematoma e edema.

As emoções somadas aos traços de personalidade, como a vulnerabilidade e o desajustamento psicossocial, estudados neste trabalho poderiam exercer uma atuação e capacitar o indivíduo para suas escolhas de estratégias de enfrentamento, que acabam por resultar numa estratégia que poderia atuar de maneira positiva ou negativa sobre a recuperação e alta hospitalar.

As estratégias F4 e F8 não diferem significativamente quando comparadas em relação às alterações observadas entre os períodos pré e pós-operatório, tanto para os valores das diferenças percentuais, tanto nos pontos da escala quanto na presença de sintomas.

Uma pesquisa com pacientes que permaneçam um número maior de dias internados, talvez trouxesse dados mais esclarecedores do estado emocional do paciente ao longo do período trans-cirúrgico, para que se pudesse medir de maneira mais efetiva, as modificações, que por ventura viessem a ocorrer, após as elaborações realizadas pelos pacientes no período pós-trauma cirúrgico que antecede a alta hospitalar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Climepsi Editores PC. **DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**, Texto Revisto. Washington D.C. 4 ed, 2002.

BAHLS, S.C. **Depressão: uma breve revisão dos Fundamentos Biológicos e Cognitivos. Artigos.** InterAção. Curitiba, v. 3, p. 49-60, 1999.

BASBAUM, A.I.; JESSELL, T.M. **A percepção da dor.** In Kandel, E.R.; Schwartz, J. H.; Jessel, T.M. Princípios da neurociência. Barueri, SP: Manole, 2003. p. 472-491.

BECK, A.T.; STEER, R.A. **Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio, TX: Psychology Corporation, 1996.** Cunha A. Jurema – Trad. *Versão em Português das Escalas Beck Manual.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

BECK, A.T.; et al. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**, v. 4, p. 561-571, 1961.

BIANCO, R.P.S. **Ansiedade e estresse dos profissionais de enfermagem que trabalham em unidades de pacientes graves. São Paulo, 2007.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, 2007.

BEUTER, M. **Expressões lúdicas no cuidado: elementos para pensar/fazer a arte da enfermagem.** 2004. 183f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

BIGHETTI, A.C. **Escala de Depressão (EDEP) e sua relação com medidas de personalidades e habilidades sociais.** 2010. Dissertação (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Francisco.

CARLONS, A.M. Assessment of Chronic Pain. Aspects of the Reliability and Validity of the Visual Analogue Scale. **Pain**. v. 16, n. 1, p.87-101, 1983.

CHAVES, E.C. **Stress e trabalho do enfermeiro: A influência da característica Ind. no ajustamento e tolerância ao turno noturno** [Tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP.1994.

CHENIAUX, E. **Manual de Psicopatologia**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

COSTA, S.L.A.; CHAVES E.C. Processos de enfrentamento do estresse e sintomas depressivos em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática. **Rev. Esc. enferm. USP**. v.40, n.4. p. 507-514, 2006.

COUSTRIN, R.M.G.S.; FREUA, P.R.; GUIMARÃES, C.M. **Estresse em enfermagem: uma análise do conhecimento produzido na literatura brasileira no período de 1982 a 2001**. Texto Contexto Enferm. v. 12, n. 4, p. 486-94, 2003.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DAMASIO A. R. The feeling of what happened. New York: Harcourt Brace. In: Fundamental feelings. **Nature** 2001; 413: 78

EYSENCK, M. W. **Anxiety: the cognitive perspective**. Hillsdale, USA: Lawrence Erlbaum/Royal Hollowly and Bedford New College, University of London, 1992.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. **An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample**. [Journal of Health and Social Behavior](#). v. 21, n. 3, pp. 219-239, Sep. 1980.

FREUD, S. (1894) As neuropsicoses de defesa, In: **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmud Freud**. (Jayme Salomão, trad.). Volume X. Ed. Imago, Rio de Janeiro. 1996.

FREUD, S. (1917) Luto e Melancolia. In: **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Editora.1996, v.XIV.p. 275-291.

FREUD, S. (1926) Inibições, sintomas e angústia. In: **Obras psicológicas completas**. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

GOMES, M.C.; RIBEIRO, J. **Relação de auto-conceito e bem estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário**. *Psic., Saúde & Doenças*. Lisboa, v.2, n. 1, p. 35-45, jul. 2001.

GUYTON, A.C. **Fisiologia Humana Psiquiátrica** de. 6 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1988.

HUTZ, C.; NUNES, C.H.S.S. **Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN)**, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. - Rio de Janeiro: INCA, 2001. 124p.

IRVING J.A. et al. **Genome Res**. 10:1845–1864. 2000.

IVERSEN, S; KUPFERMANN I; KANDEL,E.R. **Sentimentos e Emoções. In: Princípios da neurociências**. KANDEL, E.R. SCHWARTZ, J.H. JESSEL, T.M.4ed. Editoraq Manole, p.995.2000.

JAMES W. **What is an emotion?** *Mind* 9: pg 188-2005. Reprinted in: M. Arnold. 1968. *The Nature of Emotion* Baltimore: Peguin.

JENSEN,M. P.; KAROLY,P.; BRAUER, S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. **Pain**, v. 27, p. 117-26, 1986

KANDEL, E.R. SCHWARTZ, J.H. JESSEL, T.M. Princípios da neurociências. 4ed. Editoraq Manole, 2000.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Medicina emergência**. 2 ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

KAPLAN, H.I.; SADOCK,B.J. **Compedio de Psiquiatria Clínica**. 9ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.p. 630

LANGE, C.G. Om Sindsbevaegolser et Psyko. Fysiolog. Editora Copenhagen: Kromar. In Kandel, E.R; Schwartz, J.H; T.M. Princípios da Neurociências, 4ª ed.Editora Manole,2000.cap.50 **Sentimentos e Emoções**, pg982-984

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Cognitive appraisal process**. In: Stress appraisal and coping. New York: Springer, 1984. p. 22-54.

LORENCETTI A.; SIMONETTI, J.P. **As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Riberão Preto, v. 13, n. 6, p. 944-950, nov-dez. 2005.

MAGALÃES FILHO, L.L. et al. Impacto da Avaliação Pré-anestésica sobre a Ansiedade e a Depressão dos Pacientes Cirúrgicos com câncer. **Rev. Bras. Anesthesiol**. v. 52, n. 2. p 126-136, mar-abr. 2006.

MAIA, L.; CORREIA, C. **Consequências psicológicas, estratégias de coping e intervenção na doença oncológica: Uma revisão da literatura para aplicação prática**. Psicologia.com.pt. 2008. Disponível em: <[http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0445](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0445)>. Acesso em: 8 maio 2011.

MEDEIROS, V.C.C.; PENICHE, A.C.G. **A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. Relato de pesquisa**. Rev. esc, enferm. USP. São Paulo, v. 40, n. 1, p. 86-92, mar. 2006.

MIJOLLA, A. Dicionário Internacional da psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2005, pp. 117-120, 452-456, 556-557.

OLIVER, J.M.; SIMMONS, M.E. Depression as measured by the DSM-III and Beck depression inventory in an unselected adult population. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.52, p. 892-898. 1984.

PENICHE, A.C.G.; JOUCLAS, V.M.G.; CHAVES, E.C. **A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório imediato**. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo, v. 33, n. 4, p. 391-403, Dec. 1999.

PEREIRA M.G, VALENTINE P. **TRAMAUGRAF: Uma grelha de avaliação de acontecimentos traumáticos**. [Tese]. Psicologia Saúde e Doenças, Portugal-U.S.A. 2002;3(2),191-204.

PERRANDO, M.; et al. O preparo, pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. Artigo. Revista de Enfermagem da UFSM 2011-Jan/Abr;1(1):61-70

RODRIGUES, M.J.S.F. **O diagnóstico de Depressão**. Psicol.USP. São Paulo, v.11, n.1, p. 155-187, 2000.

SAVÓIA, M.G.; SANTANA, P.R.; MEIJAS, N.P. **Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português**. Psicol USP. São Paulo, v.7, n.1/2, p.183-201, jan-dez. 1996.

SIEGEL, S.; CASTELLAN JR, N.J. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. 2ª Ed. Artmed. Porto Alegre. 448p. 2006.

SIMON, R. **Psicologia Clínica Preventiva. Novos Fundamentos**. São Paulo: EPU - Ed. Pedagógica e Universitária, 2ª edição-1989.

SPIELBERGER, C.D. et al. **Inventário de ansiedade traço-estado - IDATE**. Rio de Janeiro: CEPA; 1979.

SPIELBERGER C. **Tensão e ansiedade**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1979.

VEIGAS J.; GONÇALVES, M. **A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress**. Psicologia.com.pt. 2009. Disponível em: <[http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0485](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0485)>. Acesso em: 22 maio 2011.

WATSON, D.; HUBBARD, B. Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the five-factor model. **Journal of Personality**, 64, 737-774. 1996.

WINOKUR, G. **Depression: the facts**. New York: Oxford University Press, 1981.

WINOKOUR, G. Clinical Handbook of Depression. New York: Gardnes Press.,  
Winokur,G.2009 Disponível em: [www.nursinghome.org/fam/fam\\_005.html](http://www.nursinghome.org/fam/fam_005.html)

ZIMERMAN, D.E. **Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise**. Rio de Janeiro.Ed. ARTMED,2001.págs. 264-265.

## ANEXO 1

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO  
MESTRADO PSICOLOGIA DA SAÚDE  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, -----declaro que fui informado (a) sobre a Pesquisa “Influência da ansiedade, depressão, neuroticismo e estratégias de enfrentamento na evolução clínica de pacientes cirúrgicos”, que é um estudo de caráter acadêmico e será Coordenado pela aluna Neusa Ribeiro Andriolo e pelo orientador Prof. Renato Teodoro Ramos, da Universidade Metodista de São Paulo. Declaro, ainda ter recebido e compreendido as seguintes informações:

-Objetivo: Esta pesquisa busca avaliar a influência dos estados emocionais sobre a evolução de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

-Métodos: Serão feitas perguntas, sobre seus estados emocionais para as quais você deverá escolher a resposta que achar a mais conveniente. Estas respostas serão avaliadas juntamente com aquelas obtidas com vários pacientes participantes desta pesquisa. Haverá também uma escala de números de 0 (zero) até 10 (dez), na qual você poderá apontar a intensidade de dor, se você tiver dor.

Estas entrevistas serão feitas antes da cirurgia e 5 (cinco) dias depois da cirurgia, ou no momento de sua alta, caso ocorra antes de 5 (cinco) dias.

Justificativa: A identificação de estados de ansiedade, depressão e como a pessoa vivência a cirurgia e o tratamento hospitalar podem ajudar a orientar a sequência do seu tratamento (paciente) E a diminuir o seu sofrimento emocional e o tempo de internação.

Risco: Esta pesquisa não traz riscos a sua saúde, porque é baseada apenas em suas escolhas de respostas nas entrevistas.

Benefícios: A identificação de estados emocionais poderá ajudar na continuidade do tratamento e a diminuir seu sofrimento e tempo de internação.

-Confidencialidade: Será mantido sigilo sobre sua participação e seus dados.

-Liberdade de recusar a participar ou desistir de continuar nesta pesquisa poderá ser feita a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ao seu cuidado hospitalar.

-Prejuízos: Estou ciente que não sofrerei nenhum tipo de prejuízo, quer seja de ordem física ou psicológica. Também, não terei nenhum prejuízo financeiro, porque esta participação não me acarretará nenhum ônus.

-Pagamentos e indenizações: Estou ciente que não receberei nenhum tipo de pagamento pela participação nesta pesquisa. Também, não receberei nenhuma indenização porque a pesquisa não oferece nenhum risco.

Concordo que os resultados sejam utilizados e publicados para fins acadêmicos ou científicos, desde que seja mantido sigilo sobre a minha participação.

Estou ciente que poderei a qualquer momento, comunicar a minha desistência em participar deste estudo.

Contatos: e-mail: [neusa\\_ra@hotmail.com](mailto:neusa_ra@hotmail.com)

Universidade Metodista/Mestrado Psicologia da Saúde: Campus Rudge Ramos, Rua Alfeu Tavares, 149-Rudge Ramos- São Bernardo do Campo – SP - CEP-09641000

telefone: 4366-5174 / (11)2464-2222

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, -----, consinto em participar desta pesquisa acadêmica que tem por objetivo avaliar a ansiedade, depressão, neuroticismo, estratégias de enfrentamento e a presença de dor ou não durante o período de processo hospitalar.

Local e data: -----

Assinatura do paciente:-----

Documento de Identificação do paciente: -----

Assinatura da coordenadora da pesquisa: -----

Neusa Ribeiro Andriolo

Assinatura do orientador da pesquisa: -----

Prof. Renato Teodoro Ramos

## ANEXO 2 - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO

## IDATE- E - QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Faça X no número que melhor indicar: COMO VOCÊ SE SENTE AGORA .

## LEGENDA:

1-Não

2-Um pouco

3-Bastante

4-Muitíssimo

1- Sinto-me calmo (a). -----1 2 3 4

2- Sinto-me seguro (a). -----1 2 3 4

3- Estou tenso (a). -----1 2 3 4

4- Estou arrependido(a). ----- 1 2 3 4

5- Sinto-me a vontade. ----- 1 2 3 4

6- Sinto-me perturbado (a).----- 1 2 3 4

7 -Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios.----- 1 2 3 4

8- Sinto-me descansado (a).----- 1 2 3 4

9- Sinto-me ansioso (a).----- 1 2 3 4

10- Sinto-me em casa -----. 1 2 3 4

11-Sinto-me confiante.----- 1 2 3 4

12-Sinto-me nervoso (a). -----1 2 3 4

13-Estou agitado (a).----- 1 2 3 4

14-Sinto-me uma pilha de nervos.----- 1 2 3 4

15- Estou descontraído (a).----- 1 2 3 4

16- Sinto-me satisfeito (a)----- 1 2 3 4

17- Estou preocupado (a). -----1 2 3 4

18- Sinto-me super-excitado (a) e confuso (a).----- 1 2 3 4

19- Sinto-me alegre----- 1 2 3 4

20- Sinto-me bem.----- 1 2 3 4

TOTAL:

## ANEXO 3 - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO

## IDATE - T QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Faça X no número que melhor indicar: COMO VOCÊ GERALMENTE SE SENTE.

## LEGENDA:

1-quase nunca

2-às vezes

3-freqüentemente

4-quase sempre

- 1- Sinto-me bem. -----1 2 3 4
- 2- Canso-me facilmente.----- 1 2 3 4
- 3- Tenho vontade de chorar. -----1 2 3 4
- 4- Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser. -----1 2 3 4
- 5- Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente. -----1 2 3 4
- 6- Sinto-me descansado (a). -----1 2 3 4
- 7- Sou calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo. -----1 2 3 4
- 8- Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver. ----- 1 2 3 4
- 9- Preocupo-me demais com coisas sem importância. -----1 2 3 4
- 10- Sou feliz. -----1 2 3 4

- 11- Deixo-me afetar muito pelas coisas. -----1 2 3 4
- 12- Não tenho muita confiança em mim mesmo. -----1 2 3 4
- 13- Sinto-me seguro (a). -----1 2 3 4
- 14- Evito ter que enfrentar crises ou problemas -----1 2 3 4
- 15- Sinto-me deprimido (a).. ----- 1 2 3 4
- 16- Estou satisfeito (a). -----1 2 3 4
- 17- Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando.-----1 2 3 4
- 18- Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça. ----1 2 3 4
- 19- Sou uma pessoa estável.-----1 2 3 4
- 20- Fico tenso (a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento

TOTAL:

## ANEXO 4 - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo faça x no número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido.

- 1.** 0 Não me sinto triste.  
1 Eu me sinto triste.  
2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.  
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
  
- 2.** 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.  
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.  
2 Acho que nada tenho a esperar.  
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
  
- 3.** 0 Não me sinto um fracasso.  
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.  
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.  
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
  
- 4.** 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.  
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.  
2 Não encontro um prazer real em mais nada.  
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
  
- 5.** 0 Não me sinto especialmente culpado.  
1 Eu me sinto culpado às vezes.  
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.  
3 Eu me sinto sempre culpado.
  
- 6.** 0 Não acho que esteja sendo punido.  
1 Acho que posso ser punido.  
2 Creio que vou ser punido.

3 Acho que estou sendo punido.

**7.** 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

1 Estou decepcionado comigo mesmo.

2 Estou enojado de mim.

3 Eu me odeio.

**8.** 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

**9.** 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

**10.** 0 Não choro mais que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava.

2 Agora, choro o tempo todo.

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

**11.** 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.

3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

**12.** 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

**13.** 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

1 Adio minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Não consigo mais tomar decisões.

**14.** 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.

2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.

3 Considero-me feio.

**15.** 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

**16.** 0 Durmo tão bem quanto de hábito.

1 Não durmo tão bem quanto costumava.

2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

**17.** 0 Não fico mais cansado que de hábito.

1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

**18.** 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

2 Meu apetite está muito pior agora.

3 Não tenho mais nenhum apetite.

**19.** 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 Kg.

2 Perdi mais de 5,0 Kg.

3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM ou NÃO

**20.** 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

**21.** 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Resultados:

ANEXO 5 - INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO de Folkman e Lazarus - (Adaptação P/ Língua Portuguesa Savóia)

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação \_\_\_\_\_, de acordo com a seguinte classificação:

- 0. não usei esta estratégia
- 1. usei um pouco
- 2. usei bastante
- 3. usei em grande quantidade

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida , no próximo passo.                              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me critiquei, me repreendi.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Esperei que um milagre acontecesse.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Fiz como se nada tivesse acontecido.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Procurei encontrar o lado bom da situação.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Dormi mais que o normal.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Me inspirou a fazer algo criativo.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Procurei esquecer a situação desagradável.  | 0 | 1 | 2 | 3 |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 22.Procurei ajuda profissional.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23.Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24.Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25.Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26.Fiz um plano de ação e o segui.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27.Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28.De alguma forma extravasei meus sentimentos.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29.Compreendi que o problema foi provocado por mim.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30.Saí da experiência melhor do que eu esperava.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31.Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.                         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32.Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33.Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34.Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35.Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36.Encontrei novas crenças.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37.Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38.Redescobri o que é importante na vida.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39.Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40.Procurei fugir das pessoas em geral.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41.Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42.Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43.Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44.Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45.Falei com alguém sobre como estava me sentindo.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46.Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47.Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48.Busquei nas experiências passadas uma situação similar.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49.Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50.Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 51.Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.                              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 52.Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 53.Aceitei, nada poderia ser feito.   | 0 | 1 | 2 | 3 |

54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo. 0 1 2 3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti. 0 1 2 3
56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma. 0 1 2 3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava. 0 1 2 3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse. 0 1 2 3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam. 0 1 2 3
60. Rezei. 0 1 2 3
61. Me preparei para o pior. 0 1 2 3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer. 0 1 2 3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo. 0 1 2 3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa. 0 1 2 3
65. Eu disse a mim mesmo(a) "que as coisas poderiam ter sido piores". 0 1 2 3
66. Corri ou fiz exercícios. 0 1 2 3

## ANEXO 6 - Listagem dos itens que compõem as escalas do Fator N

### FATOR I – VULNERABILIDADE

- Não gosto de expressar as minhas idéias, pois tenho medo de ser ridicularizado.
- Tenho dificuldade em expressar as minhas opiniões por achar que as pessoas não darão importância a elas.
- Deixo de fazer as coisas que desejo por medo de ser criticado pelos outros.
- Quando estou em grupo, prefiro não falar nada, pois sei que os outros acharão erradas as minhas opiniões.
- Geralmente faço o que meus amigos e parentes querem, embora não concorde com eles, com medo de que se afastem de mim.
- Sou uma pessoa insegura.
- Peço com frequência conselho a amigos e conhecidos porque tenho muita dificuldade para tomar decisões.
- Levo muito em conta o que as pessoas dizem ao decidir o que fazer.
- Tenho muito medo que meus amigos deixem de gostar de mim.
- Sinto-me muito mal quando recebo alguma crítica.
- Tenho muita dificuldade em tomar decisões na minha vida.
- Sinto uma grande necessidade de ser ajudado pelos outros para levar adiante a minha vida.
- Me incomodo se pessoas conhecidas desaprovam alguma coisa que faço.
- Acho que as pessoas não me consideram interessante.
- Sou capaz de qualquer coisa para que as pessoas não me deixem.
- Só me aproximo de uma pessoa quando estou certo de que ela concorda com as minhas opiniões e atitudes, para evitar críticas ou desaprovação.
- Sou capaz de fazer coisas que me desagradam para não perder as pessoas importantes para mim.
- Gosto de ouvir elogios sobre minha aparência, me aborrece quando isto não ocorre.
- Mudo os meus gostos e preferências com facilidade.
- Tenho dificuldade em me concentrar nas tarefas que estou fazendo.
- Frequentemente tenho ótimas idéias, mas elas são criticadas ou ignoradas por meus conhecidos.

- Frequentemente me sinto perturbado por um intenso sentimento de culpa.
- Não gosto do meu corpo.

## ANEXO 7 - Listagem dos itens que compõem as escalas do Fator N

### FATOR II – DESAJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL

- Os meus amigos dizem que bebo demais.
- Acho que estou bebendo muito ultimamente.
- É possível que meu trabalho ou estudo esteja sendo prejudicado porque eu tenho bebido demais.
- Os meus familiares acham que bebo muito.
- Às vezes, após beber muito, não me lembro do que aconteceu.
- Acho normal cometer algumas infrações para conseguir o que quero.
- Adoro ter envolvimento sexual que são diferentes daqueles que as pessoas em geral têm.
- Não acho errado enganar as pessoas se isso for necessário para atingir meus objetivos.
- Se for necessário mentir para conseguir alguma coisa, minto sem constrangimento.
- Quando sinto que as pessoas não estão me observando, faço algo para chamar a atenção.
- Às vezes gosto de matar ou ver animais mortos.
- Gosto de envolvimento sexual incomuns.
- Gosto muito de apostar ou jogar dinheiro, independente de quanto venha a perder.
- Meus amigos acham que gasto muito tempo cuidando da minha aparência.

## ANEXO 8 - TRIAGEM DO PARTICIPANTE

Nome do Paciente:

- 1- Ser portador de patologia que exija procedimento cirúrgico.  
Cirurgia:-----
  
- 2- Ter idade superior a 18 anos.  
Idade:-----
  
- 3- Não ter utilizado antidepressivos ou ansiolíticos no último mês.  
 SIM                       NÃO
  
- 4- Não estar em tratamento psiquiátrico ou psicológico há 30 dias.  
 SIM                       NÃO
  
- 5- Aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo Livre e Esclarecido.  
 SIM                       NÃO
  
- 6- Ser portador de patologia que exija procedimento cirúrgico.  
Cirurgia: -----

## ANEXO 9 - CARACTERÍSTICAS OBSERVÁVEIS DA AMOSTRA

Nome:-----

1- Idade:-----

2- Sexo:-----

3- Escolaridade:-----

4- Estado civil:-----

5- Filhos:-----

6- Profissão:-----

7- Atividade profissional que exerce:-----

8- Uso de ansiolítico ou antidepressivo pré-cirurgia:-----

 SIM NÃO

9- Realização de cirurgia anterior?

 SIM NÃO

Qual?-----

10- Data da internação:-----

11- Data da primeira entrevista:-----

12- Presença de dor (Nota p/ Dor) e intensidade (escala de VAS)- Pré-operatório

 SIM----- Intensidade ( ) NÃO

## ANEXO 10 - EVOLUÇÃO DO QUADRO DE RECUPERAÇÃO DO PACIENTE

Nome------(Iniciais):

- 1- Febre  
 SIM  NÃO
- 2- Hemorragia interna ou externa  
 SIM  NÃO
- 3- Dor  
 SIM Intensidade ( )  NÃO
- 4- Evolução do processo inflamatório de acordo com o esperado para a cirurgia:  
Regressão de edemas  SIM  NÃO  
Regressão de Hematomas  SIM  NÃO
- 5- Pressão sanguínea  
 NORMAL  ALTA  BAIXA
- 6- Tonturas  
 SIM  NÃO
- 7- Desmaios  
 SIM  NÃO
- 8- Dispneia  
 SIM  NÃO
- 9- Diarréia  
 SIM  NÃO
- 10- Vômitos  
 SIM  NÃO

ANEXO 11- Estratégia de Enfrentamento F4 e F8 e os escores das Variáveis (pré e pós cirurgia)

| cadastro | Estratégia   |              | Ansiedade E |     | Ansiedade T |     | Dor |     | BDI |     | N1  |     | N2  |     |
|----------|--------------|--------------|-------------|-----|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|          | pré cirurgia | pós cirurgia | pré         | Pós | pré         | pós | pré | pós | pré | pós | pré | pós | pré | pós |
| 3        | F4           | F8           | 51          | 46  | 51          | 51  | 5   | 4   | 5   | 7   | 74  | 71  | 24  | 25  |
| 4        | F4           | F8           | 38          | 33  | 39          | 41  | 2   | 4   | 7   | 4   | 40  | 52  | 23  | 21  |
| 6        | F4           | F8           | 53          | 47  | 59          | 51  | 4   | 4   | 19  | 12  | 41  | 54  | 17  | 14  |
| 13       | F4           | F8           | 61          | 51  | 55          | 43  | 6   | 6   | 16  | 12  | 106 | 94  | 47  | 38  |
| 15       | F4           | F4+F8        | 50          | 44  | 67          | 49  | 3   | 2   | 17  | 11  | 72  | 67  | 11  | 11  |
| 16       | F4           | F8           | 46          | 44  | 47          | 44  | 0   | 5   | 6   | 7   | 64  | 64  | 16  | 14  |
| 19       | F4           | F8           | 60          | 42  | 55          | 52  | 3   | 2   | 14  | 11  | 58  | 51  | 15  | 15  |
| 30       | F4           | F4+F8        | 61          | 46  | 47          | 46  | 3   | 2   | 9   | 12  | 64  | 74  | 26  | 19  |

| Cadastro | Estratégia   |              | Ansiedade E |     | Ansiedade T |     | Dor |     | BDI |     | N1  |     | N2  |     |
|----------|--------------|--------------|-------------|-----|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|          | pré cirurgia | pós cirurgia | pré         | Pós | pré         | pós | pré | pós | pré | pós | pré | pós | pré | pós |
| 1        | F8           | F8           | 47          | 42  | 59          | 53  | 3   | 2   | 12  | 13  | 80  | 15  | 15  | 15  |
| 2        | F8           | F8           | 46          | 34  | 61          | 57  | 2   | 3   | 11  | 11  | 61  | 71  | 20  | 21  |
| 7        | F8           | F4+F8        | 44          | 36  | 36          | 43  | 2   | 2   | 6   | 7   | 70  | 74  | 15  | 23  |
| 8        | F8           | F8           | 53          | 47  | 54          | 58  | 5   | 3   | 13  | 7   | 64  | 57  | 14  | 13  |
| 9        | F8           | F4+F8        | 48          | 48  | 68          | 53  | 5   | 3   | 14  | 14  | 60  | 62  | 16  | 16  |
| 10       | F8           | F8           | 41          | 41  | 51          | 52  | 6   | 4   | 8   | 7   | 61  | 65  | 31  | 30  |
| 14       | F8           | F4+F8        | 42          | 43  | 48          | 48  | 2   | 3   | 5   | 10  | 72  | 71  | 23  | 22  |
| 17       | F8           | F8           | 51          | 39  | 54          | 54  | 3   | 1   | 9   | 7   | 52  | 52  | 19  | 19  |
| 18       | F8           | F4           | 50          | 41  | 61          | 56  | 0   | 2   | 6   | 7   | 62  | 77  | 21  | 22  |
| 20       | F8           | F4           | 42          | 45  | 58          | 43  | 0   | 4   | 5   | 5   | 59  | 71  | 16  | 22  |
| 21       | F8           | F8           | 56          | 44  | 60          | 55  | 0   | 2   | 21  | 15  | 58  | 55  | 14  | 14  |
| 22       | F8           | F8           | 44          | 36  | 69          | 45  | 5   | 4   | 11  | 7   | 57  | 53  | 14  | 18  |
| 23       | F8           | F8           | 55          | 44  | 60          | 50  | 10  | 8   | 14  | 16  | 62  | 54  | 14  | 14  |
| 25       | F8           | F8           | 47          | 42  | 56          | 52  | 10  | 4   | 7   | 8   | 86  | 76  | 20  | 20  |
| 26       | F8           | F8           | 79          | 56  | 53          | 51  | 8   | 5   | 20  | 14  | 77  | 70  | 29  | 20  |
| 28       | F8           | F8           | 55          | 44  | 62          | 54  | 2   | 2   | 18  | 15  | 92  | 82  | 42  | 30  |
| 29       | F8           | F8           | 50          | 40  | 59          | 47  | 3   | 5   | 13  | 12  | 60  | 64  | 16  | 15  |
| 31       | F8           | F8           | 58          | 43  | 50          | 46  | 4   | 5   | 7   | 7   | 68  | 65  | 21  | 18  |

| Cadastro | Estratégia   |              | Ansiedade E |     | Ansiedade T |     | Dor |     | BDI |     | N1  |     | N2  |     |
|----------|--------------|--------------|-------------|-----|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|          | pré cirurgia | pós cirurgia | pré         | Pós | pré         | pós | pré | pós | pré | pós | pré | pós | pré | pós |
| 11       | F4+F8        | F8           | 54          | 43  | 55          | 52  | 9   | 6   | 18  | 15  | 74  | 75  | 22  | 26  |
| 24       | F4+F8        | F8           | 57          | 42  | 64          | 62  | 6   | 7   | 11  | 7   | 59  | 60  | 18  | 15  |

| Cadastro | Estratégia   |              | Ansiedade E |     | Ansiedade T |     | Dor |     | BDI |     | N1  |     | N2  |     |
|----------|--------------|--------------|-------------|-----|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|          | pré cirurgia | pós cirurgia | pré         | Pós | pré         | pós | pré | pós | pré | pós | pré | pós | pré | pós |
| 5        | F5+F8        | F8           | 52          | 43  | 49          | 44  | 2   | 2   | 7   | 10  | 96  | 101 | 23  | 18  |
| 12       | F1           | F8           | 52          | 51  | 52          | 58  | 4   | 1   | 13  | 16  | 64  | 90  | 32  | 37  |
| 27       | F1+F4+F8     | F4+F8        | 66          | 51  | 68          | 65  | 6   | 9   | 9   | 10  | 80  | 67  | 18  | 15  |

ANEXO 12-Evolução pós-operatória frente aos sintomas para Estratégias de Enfrentamento F4 e F8

| Sintoma                       | Estratégia | Pres. | Aus. | Total | % Pres. |
|-------------------------------|------------|-------|------|-------|---------|
| Febre<br>p= 0,3587<br>NS      | F4         | 2     | 6    | 8     | 25      |
|                               | F8         | 2     | 4    | 18    | 11,1    |
|                               | T          | 16    | 22   | 26    | 15,4    |
| Hemorragia<br>p= 0,6923<br>NS | F4         | 2     | 6    | 8     | 25,0    |
|                               | F8         | 6     | 12   | 18    | 33,3    |
|                               | T          | 8     | 18   | 26    | 30,8    |
| Edema<br>p= 0,5237            | F4         | 0     | 8    | 8     | 0       |
|                               | F8         | 1     | 17   | 18    | 5,6     |
|                               | T          | 1     | 25   | 26    | 3,8     |
| Hematoma<br>p= 0,5237         | F4         | 6     | 2    | 8     | 75,0    |
|                               | F8         | 12    | 6    | 18    | 66,7    |
|                               | T          | 18    | 8    | 26    | 69,3    |
| Tontura<br>p= 0,0806          | F4         | 8     | 0    | 8     | 100     |
|                               | F8         | 12    | 6    | 18    | 66,7    |
|                               | T          | 20    | 6    | 26    | 76,9    |
| Desmaio<br>p= 0,6923 NS       | F4         | 0     | 8    | 8     | 0       |
|                               | F8         | 1     | 17   | 18    | 5,6     |
|                               | T          | 1     | 25   | 26    | 3,8     |
| Vômito<br>p= 0,4976<br>NS     | F4         | 2     | 6    | 8     | 25,0    |
|                               | F8         | 3     | 15   | 18    | 16,7    |
|                               | T          | 5     | 21   | 26    | 19,2    |
| Diarréia<br>NS                | F4         | 0     | 8    | 8     | 0       |
|                               | F8         | 0     | 18   | 18    | 0       |
|                               | T          | 0     | 26   | 20    | 0       |

Teste exato de Fisher

Teste G de Cochran para F4=48,33(p<0,0001)

Teste G de Cochran para F8=87,12(p<0,0001)

## ANEXO 13 – Características dos pacientes e cirurgia a realizar

| Cadastro | paciente | idade | sexo | duração da internação em dias | estado civil | profissão           | cirurgia anterior | fármacos | nota dor pré | cirurgia a realizar |
|----------|----------|-------|------|-------------------------------|--------------|---------------------|-------------------|----------|--------------|---------------------|
| 1        | VMC      | 43    | F    | 5                             | C            | Prendas Domésticas  | S                 | N        | 3            | calc.renal          |
| 2        | AS       | 35    | F    | 11                            | S            | Babá                | N                 | N        | 2            | tumor gastro.       |
| 3        | DCN      | 18    | M    | 10                            | S            | Empacotador         | N                 | N        | 5            | frat.tíbi           |
| 4        | ACS      | 61    | M    | 14                            | V            | Motorista           | S                 | N        | 2            | úlce.PD             |
| 5        | DAC      | 47    | F    | 15                            | C            | Inspetora de alunos | S                 | N        | 2            | Frat.Fm-Joel.E      |
| 6        | MC       | 64    | M    | 7                             | C            | Lavrador            | S                 | N        | 4            | cálc.vesícula       |
| 7        | MCS      | 64    | F    | 3                             | C            | Prendas Domésticas  | S                 | N        | 2            | fra.anbE            |
| 8        | WA       | 61    | F    | 8                             | S            | Manicure            | S                 | N        | 5            | Frat.torE.          |
| 9        | FJB      | 48    | M    | 9                             | C            | Gerente Financeiro  | N                 | N        | 5            | Colecis.gastro      |
| 10       | JDS      | 44    | M    | 4                             | C            | Comunicação Visual  | N                 | N        | 6            | frat Fm.Plc         |
| 11       | JCS      | 62    | M    | 23                            | V            | Auxiliar de limpeza | S                 | N        | 9            | Ins.Arte.ED         |
| 12       | VAS      | 69    | M    | 19                            | C            | Aposentado          | N                 | N        | 4            | calc.vesícula       |
| 13       | CSS      | 23    | M    | 11                            | S            | Vendedor            | N                 | N        | 6            | frat.RECorpo        |
| 14       | RFSF     | 39    | F    | 2                             | D            | Atendente telefonia | S                 | N        | 2            | Mamoplastia.O       |
| 15       | APB      | 43    | M    | 23                            | S            | Barman              | N                 | N        | 3            | Frat.calc           |
| 16       | GES      | 31    | M    | 12                            | C            | Carpinteiro         | N                 | N        | 0            | frat.tíbi           |
| 17       | SRR      | 55    | F    | 3                             | S            | Pesquisadora        | N                 | N        | 3            | calc.vesícula       |
| 18       | NBSB     | 40    | F    | 2                             | S            | Manicure            | S                 | N        | 0            | Tromp.Eustáq.       |
| 19       | JFS      | 50    | F    | 4                             | C            | Prendas Domésticas  | N                 | N        | 3            | Frat.PE             |

|    |      |    |   |    |    |                           |   |   |    |                 |
|----|------|----|---|----|----|---------------------------|---|---|----|-----------------|
| 20 | KAS  | 27 | F | 2  | S  | Bancária                  | S | N | 0  | Lipo.Total      |
| 21 | MNM  | 45 | F | 8  | C  | Assistente Administrativo | S | N | 0  | Calc.Vesicula   |
| 22 | JDT  | 34 | F | 2  | S  | Cabelereira               | N | N | 5  | Nód.Mama        |
| 23 | MLSB | 49 | F | 18 | Sp | Prendas Domésticas        | S | N | 10 | Neop.panc.fig   |
| 24 | LHFS | 18 | M | 9  | S  | Operador de Máquina       | N | N | 6  | Frat.PE         |
| 25 | NRS  | 52 | F | 5  | C  | Prendas Domésticas        | N | N | 10 | Frat.Fmcolo E   |
| 26 | ABA  | 40 | M | 12 | S  | Pedreiro                  | N | N | 8  | Neo.Ab          |
| 27 | LVV  | 40 | M | 13 | C  | Ajudante de pedreiro      | S | N | 6  | Frat.art.e PE   |
| 28 | LGC  | 59 | F | 4  | V  | Prendas Domésticas        | N | N | 2  | Hérnia igneal   |
| 29 | NARG | 54 | F | 4  | C  | Professora                | S | N | 3  | Neo.PulBio      |
| 30 | VOS  | 57 | M | 8  | V  | Técnico de Rx             | N | N | 3  | Safect. Tromb.E |
| 31 | ECAO | 25 | M | 13 | S  | Motociclista              | N | N | 4  | Frat.PE.        |

Anexo 14



Universidade  
**Metodista**  
de São Paulo

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-UMESP

Data: 26/08/2010 - Prot. Nº339556- 10

CAEE: 0048.0.214.000-10

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UMESP**

**Título do Projeto de Pesquisa:** Efeito da ansiedade, depressão e estratégia de enfrentamento de pacientes cirúrgicos.

**Pesquisador Responsável:** Neusa Ribeiro Andriolo.

**Curso/Faculdade:** Psicologia / Faculdade da Saúde

O Comitê de Ética em Pesquisa reunido em **26/08/2010** deliberou como segue sobre o protocolo em questão:

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo geral "avaliar o efeito das variáveis: Ansiedade, Depressão e Estratégia de Enfrentamento na recuperação do processo cirúrgico" e como objetivo específico, "correlacionar as medidas objetivas de Ansiedade, Depressão e as Estratégias de Enfrentamento entre si e com a evolução do quadro pós-cirúrgico". Serão avaliados 20 pacientes do Hospital Heliópolis de São Paulo e Hospital e Maternidade Santo Expedito de São Paulo. Os critérios de inclusão serão: ser portador de patologia que exija procedimento cirúrgico, ter idade superior a 18 anos, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não estar usando no último mês fármacos antidepressivos ou ansiolíticos, não estar em tratamento psiquiátrico ou psicológico. Serão registrados os dados pessoais destes pacientes e estes serão convidados a responder a Escala Visual Analógica para mensuração da intensidade de dor, uma escala de Estado de Ansiedade representada pelo Inventário Traço-Estado de Ansiedade (IDATE), o inventário de depressão de Beck e o Inventário de Enfrentamento de Folkman e Lazarus (1980), que identifica as diferentes estratégias de enfrentamento diante do estresse. Os pacientes responderão aos questionários antes e depois do procedimento cirúrgico. Após leitura, análise do projeto e exame criterioso de todos os itens que compõem os documentos do Protocolo de Pesquisa, incluindo os itens presentes no Roteiro de Checagem para o parecerista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi constatado que nada consta no processo que fira os princípios e normas da ética em pesquisa.

O CEP-UMESP considera o projeto de pesquisa **APROVADO**, lembrando que a condição de aprovação da pesquisa propriamente dita exige o que segue:

- Que sejam encaminhados ao CEP-UMESP relatórios anuais sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais)
- Que sejam notificados ao CEP-UMESP eventos adversos que tenham ocorrido no curso da pesquisa e que sejam significativos do ponto de vista ético e metodológico;
- Que sejam notificadas eventuais emendas e modificações no protocolo de pesquisa

São Bernardo do Campo, 26 de agosto de 2010.

**Prof. Dra. Fernanda Angelieri**  
**Coordenadora do CEP-UMESP**

Tel.: (11) 4366.5000  
[www.metodista.br](http://www.metodista.br)

Campus Rudge Ramos  
Rua do Sacramento, 230  
Rudge Ramos  
09840-000 • São Bernardo do Campo • SP

Campus Vargueiro  
Av. Senador Vergueiro, 1301  
Jardim do Mar  
09750-001 • São Bernardo do Campo • SP

Campus Planalto  
Rua Dom Jaime de Barros Câmara, 1000  
Planalto  
09995-400 • São Bernardo do Campo • SP

Campus São Paulo  
Rua Silveiras, 1660  
Ipiranga  
04208-050 • São Paulo •