

Estudo exploratório sobre medo e ansiedade em pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco

Renata Vellozo Padilha
Christian Haag Kristensen

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

RESUMO

Medo e ansiedade são emoções freqüentemente experienciadas em pacientes cardiopatas, em especial naqueles submetidos ao exame de Cateterismo Cardíaco (CAT). Este estudo procurou investigar, de forma exploratória, medo e ansiedade em 94 pacientes submetidos ao CAT através de questões abertas e fechadas, sobre diferentes etapas deste procedimento. A amostra foi constituída por pacientes atendidos em um hospital especializado em cardiologia, de homens e mulheres (45,7% mulheres), com idades entre 36 e 77 anos ($M = 57,14$; $DP = 8,95$), procedentes da região metropolitana de Porto Alegre (59,6%) e outros municípios do RS. Os resultados revelaram que 63,8% dos pacientes estavam se submetendo ao CAT pela primeira vez, e os principais motivos para sua realização estão relacionados à condição clínica de angina e à finalidade diagnóstica. Um dos resultados obtidos foi a ausência de associação entre conhecimento prévio e diminuição do medo e da ansiedade. Preocupações quanto a possíveis intercorrências durante o procedimento e quanto ao diagnóstico e prognóstico foram relatadas. Os resultados sugerem que intervenções de preparo psicológico em pacientes submetidos a procedimentos invasivos seriam benéficos na redução da ansiedade.

Palavras-chave: Medo; ansiedade; cateterismo cardíaco.

ABSTRACT

Exploratory investigation of fear and anxiety in patients undergoing cardiac catheterization

Cardiac patients often experience fear and anxiety, especially those undergoing cardiac catheterization (CATH). A questionnaire containing both close and open-ended questions was designed to investigate emotions of fear and anxiety in a sample of 94 patients undergoing CATH. The sample was constituted of patients from a cardiology hospital, men and women (45.7% women), with ages between 36 and 77 years ($M = 57.14$; $SD = 8.95$), coming from the metropolitan area of Porto Alegre (59.6%) and other municipal districts of RS. Results revealed that 63.8% of the patients were undergoing CATH for the first time, and the main reasons for submitting to the exam were related to the clinical condition of angina and to diagnostic purposes. One of the results was the absence of association between previous knowledge and reduction of fear and anxiety. Concerns about possible occurrences during the procedure and about diagnostic and prognostic were related. Results suggest that psychological preparation interventions in patients submitted to invasive procedures would be positive in reducing anxiety.

Key words: Fear; anxiety; cardiac catheterization.

INTRODUÇÃO

O hospital desperta medo e ansiedade pelos procedimentos terapêuticos desagradáveis e, em alguns casos, desconhecidos (Ruschel, 1998). Em um hospital de cardiologia, encontra-se a especificidade da patologia cardíaca e os aspectos psicológicos implicados. O órgão coração está carregado de simbolismo e significados subjetivos, freqüentemente associado à fonte de vida e sede das emoções (Campos, 1992; Romano, 1998; Ruschel, 1998). Fantasias e credences populares

sobre a doença e também sobre possíveis procedimentos são muitas e podem interferir com bastante intensidade na maneira com que os pacientes as enfrentam, sendo a cardiopatia comumente está associada com ansiedades relacionadas à morte. Em torno da ansiedade dessa natureza, se organizam defesas intensas para manter o equilíbrio psíquico do indivíduo (Goldberg, 1972, in Ruschel, 1998).

As doenças cardiovasculares representam importante problema de saúde pública, constituindo a principal causa de morbi-mortalidade, com custos eleva-

dos em assistência médica (Gus, Fischmann e Medina, 2002), que acomete indivíduos cada vez mais jovens (Kaiser, 2004). Por exemplo, durante o ano de 2003, cerca de 60% das 56 milhões de mortes ocorridas no mundo foram causadas por doenças não-transmissíveis, das quais 47%, ou 16 milhões, resultaram de etiologia cardiovascular (World Health Organization, 2002, citado em Kaiser, 2004). No Estado do Rio Grande do Sul a principal causa de morte é o infarto agudo do miocárdio, seguida das doenças pulmonares obstrutivas crônicas e acidentes vasculares cerebrais (Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul – Indicadores Sociais, 2004).

Dentre os exames frequentemente utilizados para o diagnóstico de doenças cardíacas, está o cateterismo cardíaco (CAT), utilizado para identificar doenças cardíacas, suas alterações estruturais e fisiológicas, tais como coronariopatias, disfunções miocárdicas, doenças valvulares e anormalidades congênitas do coração e dos grandes vasos (Yordi, Rodrigues e Miller, 1996). Os objetivos gerais do CAT incluem: (a) definir, com exatidão, alterações anatômicas e fisiopatológicas causadas por várias situações clínicas; (b) gerar importantes informações para o tratamento do paciente; (c) contribuir para o diagnóstico exato; e (d) promover informações de prognóstico (Moura et al., 1999). Entre outros fatores, o CAT é de grande importância, uma vez que possibilita intervenções bem menos invasivas e de menor custo se comparado a intervenções cirúrgicas. Contudo, diante da possibilidade da realização do exame, é freqüente encontrar nos pacientes receios e preocupações, muitos dos quais irrealistas, sobre possíveis intercorrências durante a realização do CAT, causando grande ansiedade.

Já em Freud (1925) se encontra uma descrição da ansiedade como uma resposta à percepção de perigo. Para May (1980), a ansiedade seria uma “apreensão deflagrada por uma ameaça a algum valor que o indivíduo considera essencial para sua existência como personalidade” (p. 200). Esta ameaça pode ser direcionada à existência psicológica (como a perda de liberdade), mas também pode estar direcionada à existência física, como a ameaça de morte. Atualmente, ansiedade é descrita como “antecipação apreensiva de um futuro perigo ou infortúnio acompanhado de uma sensação de disforia ou sintomas somáticos de tensão” (American Psychiatric Association, 1995, p. 720). O foco do perigo antevisto pode ser tanto interno como externo. Ansiedade e medo são dois estados emocionais claramente relacionados (Graeff e Brandão, 1999), sendo que o medo se diferencia de ansiedade por ser uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida ou de origem não conflituosa (Kaplan, 1997).

Segundo May (1980), Freud já mencionava a tendência da ansiedade como uma expressão do instinto de conservação. A capacidade do organismo para reagir a ameaças é inata e possui seu sistema neurofisiológico herdado. May acrescenta, ainda, que é a natureza da ameaça e o modo como o indivíduo aprendeu a enfrentá-la que definirá essa capacidade.

Frente a procedimentos médicos invasivos, em especial aqueles que oferecem nível elevado de riscos e complicações, a manifestação de ansiedade entre os pacientes tem sido freqüentemente documentada (Beckerman, Grossman e Marquez, 1995; Davis, Maguire, Haraphongse e Schaumberger, 1994; Hamel, 2001; Harkness, Morrow, Smith, Kiczula e Arthur, 2003; Lee, Henderson e Shum, 2003; Taylor-Piliae e Sek-Ying, 2002). Respostas fisiológicas como aumento da freqüência cardíaca, pressão arterial, palpitações, aperto no peito, freqüência respiratória e vasoconstrição periférica têm sido associadas à ansiedade (White, 1999, in Taylor-Piliae e Sek-Ying, 2002). Se esses sintomas fisiológicos da ansiedade ocorrem durante procedimentos críticos, como o CAT, a extensão e a dificuldade do procedimento podem aumentar e, assim, danos físicos podem ocorrer durante o procedimento, bem como imprecisões no resultado do mesmo (Moline, 2000).

Alguns fatores podem contribuir para o aumento da ansiedade durante a realização do CAT. Os pacientes experienciam elevada ansiedade e incertezas devido à situação de permanecer acordados e conscientes dos equipamentos e procedimentos. O resultado desconhecido e possibilidades de complicações associadas com o CAT também são referidos na gênese da ansiedade (Beckerman et al., 1995; Taylor-Piliae e Sek-Ying, 2002). Arritmias cardíacas, paradas cardíacas, trombozes, acidente cerebrovascular, infarto do miocárdio e hemorragia são exemplos dessas possíveis complicações (Finesilver, 1978, in Beckerman et al., 1995). O risco de morte devido ao exame é raro, tendo diminuído durante os últimos 15 anos e atualmente o índice oscila em torno de 0,1% (Moura et al., 1999). Ainda, o período de espera anterior ao CAT revela um impacto negativo na ansiedade e qualidade de vida percebida pelo paciente (Harkness et al., 2003).

Sobre os sintomas psicológicos e cognitivos da ansiedade, Kaplan (1997) refere que a experiência de ansiedade tem dois componentes: a consciência de sensações fisiológicas (como palpitação e sudorese) e a consciência de estar nervoso ou amedrontado. Menciona ainda sobre a emoção e o seu aspecto seletivo, bem como os seus efeitos sobre o pensamento, a percepção e o aprendizado. “A ansiedade tende a produzir confusão e distorções perceptivas, não apenas em

termos de tempo e espaço, mas de pessoas e significados dos eventos” (p. 547). Dada a complexidade do procedimento de CAT e o significado emocional atribuído ao coração humano (Davis et al., 1994), têm sido relatada a importância do significado que um procedimento cirúrgico pode ter no paciente (Lee et al., 2003).

Considerando a literatura revisada sobre ansiedade e medo nas cardiopatias e no exame CAT, o objetivo do presente estudo foi, portanto, investigar de forma exploratória medo e ansiedade relatados pelos pacientes submetidos ao CAT. Os objetivos específicos incluíam descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes submetidos ao CAT e descrever manifestações comportamentais e cognitivas associadas a medo e ansiedade em pacientes submetidos ao CAT.

MATERIAIS E MÉTODO

Participantes

A população de origem foi constituída por pacientes adultos, homens e mulheres, de níveis socioeconômicos e locais de procedência variados, submetidos ao CAT em um Laboratório de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista durante os meses de julho a outubro de 2004. Para a seleção da amostra, os critérios de inclusão utilizados envolveram: (a) ser paciente de atendimento ambulatorial com indicação para realizar o CAT; (b) ter ao menos 18 anos; e (c) consentir livremente sobre a participação na pesquisa. Foram excluídos do estudo pacientes: (a) menores de 18 anos; (b) com problemas neurológicos ou problemas de saúde que inviabilizassem a coleta de dados (por exemplo, pacientes com dificuldades de comunicação verbal); (c) que não concordasse em participar do estudo e (d) não tivessem condições de preencher o questionário (analfabeto).

Através de técnica de amostragem probabilística do tipo aleatória simples, foram selecionados 94 participantes com as seguintes características: (a) homens e mulheres (45,7% mulheres); (b) com idades entre 36 e 77 anos ($M = 57,14$; $DP = 8,95$); (c) procedentes da região metropolitana de Porto Alegre (59,6%) e outros municípios do RS; (d) atendidos no laboratório mencionado através do SUS (80,9%) ou convênios (19,1%). No que se refere à escolaridade, 40,4% estudaram entre 1ª e 4ª série do ensino fundamental e 41,5% estudaram entre 5ª e 8ª série do ensino fundamental, 10,6% completaram o ensino médio, 4,3% completaram o ensino superior e 3,2% realizaram curso de pós-graduação. Quanto à situação conjugal, 72,3% eram casados ou viviam em união consensual, 5,3% eram solteiros, 13,8% eram separados ou divorciados e 8,5% viúvos.

Instrumento

Foi utilizado um questionário de auto-relato, com dados de identificação, questões fechadas com escalas Likert de cinco pontos e questões abertas, explorando aspectos do medo e da ansiedade em diferentes etapas do CAT. O questionário foi desenvolvido para a utilização neste estudo e não apresenta dados de validade ou fidedignidade. É composto por duas partes, uma apresentada previamente ao CAT e outra, posteriormente (Anexo A).

Procedimentos

A presente investigação se caracterizou por ser uma pesquisa de levantamento do tipo “survey” (Cozby, 2003) sobre o medo e ansiedade relacionados ao exame CAT. Os participantes foram numerados em uma lista de pacientes agendados para a realização do CAT através de procedimento aleatório. Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a tomar parte neste estudo. Foi estabelecido um contato com o paciente, convidando-o a participar no mesmo. Foram explicados, de forma clara e acessível, os objetivos e os procedimentos da pesquisa (conforme Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia e Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, referentes à conduta ética na pesquisa com seres humanos). Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente e pesquisador, as entrevistas foram realizadas no próprio leito, onde o paciente aguardava a realização do CAT. A parte final do questionário foi aplicada cerca de meia hora após o CAT no mesmo local, onde o paciente permanecia em período de recuperação. O instrumento foi auto-administrado, sendo o participante orientado quanto ao preenchimento do mesmo. Tendo assegurado de que o participante tinha compreendido as instruções, o pesquisador permanecia ao lado do paciente até o término do preenchimento do questionário. Ao final, o pesquisador conferia os itens respondidos.

Critérios de Análise

Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Excel (versão 10.26). A análise dos dados consistiu em procedimentos descritivos para as variáveis de interesse (medo e ansiedade) e para as variáveis sociodemográficas, envolvendo propriedades da distribuição, medidas de tendência central e medidas de dispersão ou variabilidade. Considerando o aspecto exploratório deste estudo, boa parte dos dados são apresentados em termos de frequências observadas. A estatística inferencial consistiu em cálculos de diferenças entre médias (teste de Friedman) e cálculos

correlacionais (coeficiente de correlação para postos – Spearman e coeficiente de correlação produto-momento – Pearson). Todos os cálculos foram realizados no programa SPSS for Windows (versão 10.0).

RESULTADOS

Em relação ao número total de participantes, 60 pacientes estavam realizando o exame pela primeira vez e 34 já haviam realizado o CAT anteriormente. Desses, 28 realizaram o exame entre uma e duas vezes e seis haviam feito entre quatro a oito vezes.

Todos os participantes responderam saber o motivo pelo qual estavam se submetendo ao CAT. Entre os motivos relatados destacam-se os seguintes: 29 participantes referiram auxílio diagnóstico, relatando algum diagnóstico prévio (por exemplo, “entupimento das artérias coronárias”), detectado por exames anteriores ao CAT; 33 participantes referiram sua condição clínica “angina”, popularmente conhecida como “dor no peito”; 22 participantes referiram o motivo do exame para fins diagnósticos, (por exemplo, “para ver se tem veia entupida”); seis participantes referiram a palavra coração e/ou infarto, limitando-se a essas palavras (por exemplo, “tive dois infartos”); três participantes referiram sintomas variados (por exemplo, “pressão alta”, “colesterol alto”) e uma pessoa respondeu que o motivo era para procedimento terapêutico.

Embora a totalidade dos pacientes conhecesse o motivo da realização do exame, foi investigado o conhecimento sobre como o exame era realizado. De forma breve, o CAT envolve a seguinte seqüência de procedimentos: (a) anestesia local; (b) punção, que pode ser pela virilha (CAT por punção da artéria femoral), pelo pulso (CAT por punção radial) ou pelo braço (CAT por punção braquial); (c) introdução de cateter até os grandes vasos e o coração; (d) injeção de contraste à base de iodo; (e) análise dos dados fisiológicos, funcionais e anatômicos com objetivos diagnóstico e terapêutico. Com relação ao conhecimento sobre o exame, 38 participantes responderam que sabiam como o exame se realiza e 27 responderam que sabiam mais ou menos. Foi solicitado ao paciente que ele descrevesse com palavras próprias como o exame era realizado. As respostas foram classificadas conforme uma pontuação crescente em relação ao número de procedimentos descritos: nenhum procedimento/não sabia = score zero; punção local = um ponto; punção local + introdução de cateter e/ou injeção de contraste = dois pontos; punção local + introdução de cateter e/ou injeção de contraste + diagnóstico = três pontos. Os resultados dessa questão estão apresentados na Tabela 1.

TABELA 1
Distribuição dos pacientes por Conhecimento dos Procedimentos no CAT

<i>Tipo de resposta</i>	<i>F</i>	<i>Percentual válido</i>
0 pontos	30	32,3
1 ponto	12	12,9
2 pontos	37	39,8
3 pontos	14	15,10
Total	93	100

Em relação às maiores preocupações relatadas livremente pelos pacientes quanto à realização do CAT, observou-se que eram mais direcionadas a possíveis intercorrências durante o exame (referido por 31 participantes) e quanto ao diagnóstico e prognóstico (13 participantes). Outras respostas frequentes incluíam preocupações quanto a solucionar o problema, conhecer o exame, medo e ansiedade inespecíficos e medo da morte.

O medo e a ansiedade foram investigados em relação a diferentes situações do CAT através de questões fechadas, pontuadas em escala Likert de cinco pontos (Tabela 2). É importante salientar que as questões relativas à ansiedade foram perguntadas após a realização do CAT, enquanto o paciente se encontrava em recuperação. Assim, nem todos os pacientes estavam disponíveis para responder à segunda parte do questionário, resultando em pequena perda amostral.

TABELA 2
Escores médios nas questões de Medo e Ansiedade em relação ao CAT

<i>Questões</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Medo (<i>n</i> = 94)		
– Quanto a sentir dor	1,82	0,79
– Quanto à anestesia local	1,36	0,57
– Quanto ao momento de realizar o exame	2,02	0,97
– Quanto ao resultado do exame	1,81	0,87
Ansiedade (<i>n</i> = 85)		
– No momento da indicação do exame	2,34	1,19
– No hospital antes da realização do exame	2,28	1,18
– Durante a realização do exame	1,99	1,14
– Após a realização do exame	1,31	0,62

Considerando a escala ordinal na qual as questões de medo e ansiedade foram mensuradas, empregou-se o teste de Friedman (análise de variância não-paramétrica para amostras emparelhadas) para calcular diferença entre as médias. Em relação ao medo,

verificou-se diferença significativa entre as médias, $\chi^2(3, 94) = 49,77; p < 0,001$. Como pode ser visualizado na Tabela 2, os pacientes descreveram que experienciam maior medo quanto ao momento de realizar o exame. Em relação à ansiedade, ela é experienciada mais intensamente no período que antecede ao exame, ou seja, no momento da indicação do exame pelo médico e no período de espera, no hospital, antes da execução do CAT. A diferença entre as médias nos escores para ansiedade também foi significativa $\chi^2(3, 85) = 62,49; p < 0,001$.

Quando os dados foram explorados de forma correlacional, um padrão relativamente esperado emergiu entre escolaridade, número de vezes que realizou o exame e conhecimento, tanto autodeclarado como estimado a partir da descrição dos procedimentos envolvidos no CAT. Como pode ser visualizado na Tabela 3, as pessoas com maior escolaridade apresentam maior conhecimento do exame. Obviamente, as pessoas que se submeteram ao exame em maior número de vezes apresentam um conhecimento mais profundo sobre os procedimentos. No entanto, um resultado surpreendente foi a ausência de correlações significativas das variáveis escolaridade, número de vezes que realizou o CAT e conhecimento do CAT com as variáveis mensuradas na escala de medo e também na escala de ansiedade. As duas correlações marginalmente significativas encontradas foram observadas entre escolaridade e ansiedade no período de espera antes da realização do exame, $r_s(85) = .24; p = 0,025$ e entre número de vezes que realizou o CAT e ansiedade durante a realização do exame, $r_s(85) = .21; p = 0,05$. Considerando a matriz de correlações, é possível sugerir que não parece haver uma associação estatisticamente significativa neste grupo de pacientes das variáveis escolaridade, experiência prévia na realização do CAT ou grau do conhecimento do CAT, com as variáveis medo ou ansiedade. Por outro lado, como seria esperado, as correlações entre as questões de medo e ansiedade foram de moderadas a elevadas e, em sua maioria, significativas.

TABELA 3

Correlações entre variáveis de Escolaridade, Experiência ao CAT e Conhecimento

Variável	1	2	3	4
1. Escolaridade	–	.21*	.31**	.27**
2. Exames anteriores (CAT)		–	.63**	.41**
3. Conhecimento declarado			–	.77**
4. Conhecimento estimado				–

Coefficientes de correlação para postos – Spearman rho.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Considerando a natureza exploratória deste estudo, optou-se por investigar diferenças entre os sexos em relação às variáveis de medo e ansiedade. As participantes do sexo feminino apresentaram escores mais elevados de medo e ansiedade em todas as questões que exploraram estas emoções durante diferentes etapas relativas ao CAT. No entanto, através do teste de Mann-Whitney, somente foi observada uma diferença significativa no medo quanto ao resultado do exame, $U(94) = -3,20; p = 0,001$. Finalmente, nenhuma diferença significativa foi observada nos escores de medo e ansiedade entre pacientes atendidos pelo SUS e pacientes conveniados.

Quanto aos comentários e/ou sugestões referidos pelos pacientes, destacaram-se: o impacto positivo percebido pelos pacientes ao receberem informações por parte da equipe médica durante o procedimento; o momento de espera anterior ao CAT foi percebido como negativo e gerador de ansiedade; e expectativas prévias sobre o exame relatadas após o mesmo, como mais simples do que o esperado.

DISCUSSÃO

Beckerman e colaboradores (1995) já enfatizavam a importância do entendimento da percepção total do paciente frente a uma experiência como o CAT, para que fosse viável a seleção das muitas estratégias de preparação psicológica, ou combinações de estratégias disponíveis. Assim, através deste estudo, foi possível investigar fatores emocionais e cognitivos como o medo e a ansiedade, levando a uma melhor compreensão do comportamento e atitude dessa população frente a procedimentos invasivos.

Dados deste estudo como: (a) ser submetido ao CAT pela primeira vez (63,8% dos pacientes), (b) portar angina (condição clínica pouco definida em termos diagnósticos) e (c) referir a finalidade investigativa do exame como um dos motivos mais frequentes para sua realização, revelaram aspectos relevantes no que se refere à compreensão da experiência do CAT.

Com relação ao conhecimento estimado sobre os procedimentos do CAT, 52,7% dos pacientes apresentaram alguma noção sobre os mesmos e 15% incluíram a finalidade diagnóstica do exame. Por outro lado, 32,3% não sabiam como o exame era realizado. Um dos resultados obtidos de variáveis correlacionais foi a ausência de associação entre conhecimento prévio e diminuição do medo e da ansiedade. Esse resultado indica que tanto indivíduos providos como os não providos de informações sobre o CAT experienciaram medo e ansiedade em igual intensidade.

Conforme Davis e colaboradores. (1994), existem duas formas possíveis de reagir a um evento estressante e ameaçador, denominados estilos de *coping* (enfrentamento), ou seja, há indivíduos que buscarão informações para tornar o evento mais previsível e, dessa forma, mais controlado e indivíduos que evitarão informações relevantes que sejam ameaçadoras, preferindo a imprevisibilidade. Nessa perspectiva, pacientes com características da primeira forma de enfrentamento citada poderão, na ausência de informação sobre o procedimento ameaçador, apresentar maior ansiedade, e pacientes com características da segunda forma de enfrentamento poderão, quando providos de maior informação sobre o procedimento ameaçador, apresentar maior ansiedade.

Medeiros e Nunes (2003), utilizando um vídeo informativo para mulheres que se submeteriam à mastectomia, identificaram menor nível de ansiedade e de percepção de dor naquelas que haviam assistido ao material audiovisual. Embora os resultados encontrados no presente estudo possam contrariar aqueles observados por Medeiros e Nunes, é importante considerar que o conhecimento estimado sobre os procedimentos do CAT pode ter sido influenciado pelas informações que os pacientes recebem sobre os procedimentos pela equipe de enfermagem em diferentes momentos que antecedem ao CAT.

Os resultados sobre medo e ansiedade investigados em relação a diferentes situações do CAT (Tabela 2) podem ser comparados às maiores preocupações livremente relatadas entre os pacientes. O medo experienciado quanto ao momento de realizar o exame pode ser evidenciado na preocupação “possíveis intercorrências durante o CAT”; e a ansiedade experienciada no momento que antecede ao CAT pode ser evidenciada na preocupação “quanto ao diagnóstico e prognóstico”. Além disso, houve correlação significativa entre as variáveis medo e ansiedade, como era esperado.

Dessa forma, diante da possibilidade de realizar um exame invasivo como o CAT, assim como ter conhecimento prévio sobre possíveis complicações associadas ao exame e aguardar por um resultado ainda desconhecido, o paciente tende a vivenciar o medo e a ansiedade com maior intensidade.

Entretanto, intervenções para reduzir a ansiedade no momento que antecede ao CAT podem ser oportunas (David et al., 2003; Moline, 2000) e afetar positivamente a experiência do paciente (Harkness et al., 2003). Além disso, um comportamento mais relaxado pode resultar na redução de parâmetros fisiológicos da ansiedade (Lee et al., 2003; Taylor-Piliae e Sek-Ying, 2002), reduzindo as possibilidades de complicações

durante o procedimento. Particularmente no CAT, intervenções propostas incluem: procedimentos psico-educacionais (Harkness et al., 2003), procedimento cognitivo-comportamental e sensorio-perceptivo (Davis et al., 1994; Taylor-Piliae e Sek-Ying, 2002) e musicoterapia (Hamel, 2001).

De acordo com Beckerman et al. (1995), estratégias preparatórias têm sido utilizadas para lidar com temas como o desejo por informação e medo do desconhecido. Contudo, pesquisas sobre a efetividade de intervenções propostas entre os pacientes que serão submetidos ao CAT são limitadas, com exceção da musicoterapia e das intervenções de informação sensorial, que já relataram reduzir a ansiedade (Davis et al., 1994; Moline, 2000; Taylor-Piliae e Sek-Ying, 2002). Já os primeiros trabalhos voltados para os aspectos psicológicos da experiência cirúrgica se referem às abordagens psicanalíticas, com enfoque para as atividades lúdicas como método de intervenção. Na década de quarenta começaram a ser efetivamente documentadas as primeiras tentativas de reduzir a ansiedade em pacientes submetidos a procedimentos médicos invasivos (Araújo e Arraes, 2000).

Ruschel (1995) realizou uma pesquisa em psicoprofilaxia cirúrgica em pacientes para cirurgia cardíaca congênita. Utilizou a técnica de preparação psicológica ludoterapia, criada pela psicanalista infantil Arminda Aberastury. Através desse trabalho, pôde ser constatada uma melhor evolução psicológica no grupo que foi submetido à intervenção. O interesse surgiu da equipe médica e de psicologia em buscar a comprovação do trabalho que já vinha sendo realizado.

Esse exemplo mostra que o hospital tem realizado mudanças na abordagem preventiva (Romano, 1999), e que embora a inserção do psicólogo na instituição hospitalar seja um fenômeno recente, a presença de serviços de psicologia vem se proliferando (Barros, 2003; Capitão, 2001), e o trabalho do psicólogo no contexto das instituições médicas e hospitalares vem delineando uma nova especialidade em psicologia, sendo abordada de forma mais sistemática, no âmbito da investigação científica (Giannotti, 2001).

Assim como os trabalhos realizados em população estrangeira, os resultados deste trabalho reforçaram a necessidade de futuros estudos que focalizem a preparação psicológica utilizada para a redução da ansiedade em pacientes submetidos a procedimentos invasivos. Finalmente, os achados deste estudo certamente têm recomendações e implicações aos profissionais que lidam com tais pacientes. A compreensão da experiência do CAT e, em particular, o alívio da ansiedade, são componentes centrais para o cuidado clínico, o qual deve ser enfatizado.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais*, (4ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Araújo, T. C. C. F. de, & Arraes, E. L. M. (2000). Necessidades e expectativas de atuação do psicólogo em cirurgia e procedimentos invasivos. *Revista Estudos de Psicologia PUC-Campinas*, 17, 64-73.
- Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul – Indicadores Sociais. Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: <<http://www.scp.rs.gov.br/atlas/atlas.asp?menu=315>>. Acesso em: 18 set. 2004.
- Barros, T. M. (2003). Psicologia e saúde: Intervenção em hospital geral. In R. M. Caminha, R. Wainer, M. Oliveira, & N. M. Piccoloto (Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Teoria e prática* (pp. 239-245). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Beckerman, A., Grossman, D., & Márquez, L. (1995). Cardiac catheterization: The patients' perspective. *Heart & Lung*, 24, 213-219.
- Campos, E. P. (1992). Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In J. de M. Filho et al., *Psicossomática hoje* (pp. 234-252). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Capitão, C. G. (2001). Ética no contexto hospitalar. In M. F. P. de Oliveira, & S. M. C. Ismael (Org.). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*, (2ª ed.): (pp. 49-56). Campinas: Papyrus Editora.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Davis, T. M. A., Maguire, T. O., Haraphongse, M., & Schaumberger, M. R. (1994). Preparing adult patients for cardiac catheterization: Informational treatment and coping style interactions. *Heart & Lung*, 23i, 2, 130-139.
- Freud, S. (1976). Inibições, sintomas e ansiedade. *Obras completas. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (Vol. 20) (1925-1926). Rio de Janeiro: Imago.
- Giannotti, A. (2001). Psicologia nas instituições médicas e hospitalares. In M. F. P. de Oliveira, & S. M. C. Ismael (Org.). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*, (2ª ed.): (pp. 21-37). Campinas: Papyrus Editora.
- Graeff, F. G., & Brandão, M. L. (1999). *Neurobiologia das doenças mentais*, (5ª ed.). São Paulo: Lemos.
- Gus, I., Fischmann, A., & Medina, C. (2002). Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 78, 5, 478-483.
- Hamel, W. J. (2001). The effects of music intervention on anxiety in the patient waiting for cardiac catheterization. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17, 279-285.
- Harkness, K., Morrow, L., Smith, K., Kiczula, M., & Arthur, H. M. (2003). The effect of early education on patient anxiety while waiting for elective cardiac catheterization. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 113-121.
- Lee, D., Henderson, A., & Shum, D. (2003). The effect of music on preprocedure anxiety in Hong Kong Chinese day patients. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 297-303.
- Kaiser, S. E. (2004). Aspectos epidemiológicos nas doenças coronariana e cerebrovascular. *Revista da SOCERJ*, 17, 1, 11-18.
- Kaplan, H. I. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*, (7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- May, R. (1980). *O significado de ansiedade: as causas da integração e desintegração da personalidade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Medeiros, R. H. A. de, & Nunes, M. L. T. (2003). O vídeo de informação na redução dos níveis de ansiedade e dor em pacientes mastectomizadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52, 1, 63-72.
- Moline, L. R. (2000). Patient psychologic preparation for invasive procedures: An integrative review. *Journal of Vascular Nursing*, 18, 4, 117-122.
- Moura, M. R. S., Gottschall, C. A. M., Laboute, F. C., Yordi, L. M., Müller, V., Cardoso, C. R., Moraes, C., & Rodrigues, L. H. (1999). Cateterismo cardíaco. In I. Castro. *Cardiologia: princípios e prática*, (pp. 419-424). Porto Alegre: Artes Sul.
- Romano, B. W. (1998). *A prática da psicologia nos hospitais*, (2ª ed.). São Paulo: Pioneira.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ruschel, P. P. (1995). É válida psicoprofilaxia para cirurgia cardíaca em crianças? *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 65, 4, 317-320.
- Ruschel, P. P. (1998). Quando o coração adoece. In B. W. Romano (Org.). *A prática da psicologia nos hospitais*, (2ª ed.). São Paulo: Pioneira.
- Taylor-Piliae, R. E., & Chair, Sek-Ying. (2002). The effect of nursing interventions utilizing music therapy or sensory information on Chinese patients' anxiety prior to cardiac catheterization: a pilot study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 203-211.
- Yordi, L. M., Rodrigues, C. dos S., & Miller, V. M. (1996). Cateterismo cardíaco: Cineangiocardiografia e cinecoronariografia. In M. de F. Gomes, M. A. V. Azeredo, L. I. Frison, & D. Viltola. *Rotinas em cardiologia*, (pp. 75-83). Porto Alegre: Artes Médicas.

Recebido em: 18/05/2006. Aceito em: 28/08/2006.

Agradecimentos:

Os autores agradecem à equipe e aos pacientes do Laboratório de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do Instituto de Cardiologia do RS pela colaboração na realização deste trabalho.

Autores:

Renata Vellozo Padilha – Psicóloga. Instituto de Cardiologia do RS.
Christian Haag Kristensen – Psicólogo. Instituto de Cardiologia do RS.

Endereço para correspondência:

CHRISTIAN HAAG KRISTENSEN
Laboratório de Neurociências – UNISINOS
Av. Unisinos, 950, sala 2D119
CEP 93022-000, São Leopoldo, RS, Brasil
E-mail: chkristensen@yahoo.com.br

ANEXO A

**INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA
LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA – SERVIÇO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS**

QUESTIONÁRIO I – PRÉ-CAT

Neste questionário você vai responder a algumas questões relacionadas ao exame Cateterismo Cardíaco (CAT). Por favor, responda da forma mais honesta possível a todas as questões. A primeira parte será respondida antes do CAT. Logo após, você responderá a segunda parte. Estimamos um período de 20 minutos para responder a todas as questões. Muito obrigado pela sua colaboração.

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: () Masc () Fem

Local de Procedência: _____ Data: ____ / ____ / ____

Profissão/Ocupação: _____ Estado Civil: _____

() SUS () Particular () Convênio: _____ (especificar)

Assinale a sua escolaridade:

() 1º a 4º série () Ensino Fundamental (5º a 8º série) () Ensino Médio (2º grau) () Ensino Superior () Pós-Graduação

1. Com relação ao exame Cateterismo Cardíaco (CAT), é a primeira vez que você realiza o exame?

() Sim () Não

Se a resposta for “não”, indique quantas vezes você já realizou o exame: _____

2. Você sabe qual o motivo da realização do exame?

() Sim () Não

2.1 Explique:

3. Você sabe e/ou conhece como é feito o exame?

() Sim () Não () Mais ou menos

3.1 Descreva com suas palavras como o exame é realizado?

4. Liste as três maiores preocupações quanto à realização do exame?

(a) _____

(b) _____

(c) _____

5. Diante de procedimentos médico-hospitalares, o medo pode ou não estar presente. As próximas questões irão investigar esta emoção em situações específicas do CAT.

5.1 Quanto a sentir dor

() Não sinto medo () Sinto um pouco de medo () Sinto medo () Sinto muito medo () Sinto um medo enorme

5.2 Quanto à anestesia local

() Não sinto medo () Sinto um pouco de medo () Sinto medo () Sinto muito medo () Sinto um medo enorme

5.3 Quanto ao momento de realizar o exame

() Não sinto medo () Sinto um pouco de medo () Sinto medo () Sinto muito medo () Sinto um medo enorme

5.4 Quanto ao resultado do exame

() Não sinto medo () Sinto um pouco de medo () Sinto medo () Sinto muito medo () Sinto um medo enorme

QUESTIONÁRIO II – PÓS-CAT

6. É comum a presença de ansiedade quando somos submetidos a procedimentos médico-invasivos. As próximas questões irão investigar a ansiedade que você possa ter experienciado desde a indicação do exame até o momento posterior ao mesmo.

6.1 No momento da indicação do exame por seu médico

() Não senti ansiedade () Senti um pouco de ansiedade () Senti ansiedade () Senti muita ansiedade () Senti enorme ansiedade

6.2 No hospital, no período de espera, antes da realização do exame

() Não senti ansiedade () Senti um pouco de ansiedade () Senti ansiedade () Senti muita ansiedade () Senti enorme ansiedade

6.3 Durante a realização do exame

() Não senti ansiedade () Senti um pouco de ansiedade () Senti ansiedade () Senti muita ansiedade () Senti enorme ansiedade

6.4 Após a realização do exame

() Não senti ansiedade () Senti um pouco de ansiedade () Senti ansiedade () Senti muita ansiedade () Senti enorme ansiedade

7. Existe algum outro aspecto relacionado ao CAT que você considera importante e não foi perguntado? Você gostaria de dar alguma sugestão ou fazer algum comentário adicional? Por favor, use o espaço abaixo.
