

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

**AVALIAÇÃO DE EXPECTATIVAS E GRAU DE ANSIEDADE PRÉ E
PÓS-OPERATÓRIAS EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO: ESTUDO
DE DOENTES DE CIRURGIA GERAL E CIRURGIA VASCULAR**

Ana Maria Macedo de Figueiredo Falcão e Cunha ¹

Mestrado Integrado em Medicina 2010/2011

Dissertação – Artigo de Investigação Médica

Orientação: Dr. Humberto José Silva Machado ²
Co-Orientação: Dr.^a Maria Alice Soares Lopes ³

Porto, 2011

¹ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

² Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António, Porto, Portugal

³ Unidade de Psiquiatria e Psicologia da Saúde, Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António, Porto, Portugal

Avaliação de Expectativas e Grau de Ansiedade Pré e Pós-operatórias em Cirurgia de Ambulatório: estudo de doentes de Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Ana Maria Macedo de Figueiredo Falcão e Cunha

Orientador: Dr. Humberto José Silva Machado

Co-Orientador: Dr.^a Maria Alice Soares Lopes

Correspondência

Ana Maria Macedo de Figueiredo Falcão e Cunha

E-mail: maria.falcaocunha@gmail.com

Avaliação de Expectativas e Grau de Ansiedade Pré e Pós-operatórias em Cirurgia de Ambulatório: estudo de doentes de Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular

Ana Maria Falcão e Cunha

RESUMO

Introdução: Cirurgia de Ambulatório é uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia. Várias são as expectativas, sentimentos e emoções que estão subjacentes ao acto cirúrgico: o doente sente ameaçada a sua integridade física e psicológica.

Ansiedade é definida como um sentimento de apreensão derivado da antecipação de um perigo real. Podem existir factores predisponentes: genéticos, constitucionais, psicológicos e precipitantes: stressantes fisiológicos e/ou ambientais.

Objectivos: Avaliar o grau de ansiedade e expectativas em doentes submetidos a cirurgia, em regime de ambulatório (Cirurgia Geral ou Vascular). Relacionar variáveis associadas às alterações da ansiedade.

Metodologia: Estudo transversal/longitudinal com 202 doentes submetidos a Cirurgia de Ambulatório (146 de Cirurgia Vascular e 56 de Cirurgia Geral). Foram obtidos dados sócio-demográficos e clínicos através de um Questionário estruturado. A ansiedade foi avaliada com o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI), aplicado pré e pós-operatoriamente.

Resultados: 202 doentes (64 homens e 138 mulheres) com uma média de idades de 51,4 anos completaram uma parte do estudo. Destes, apenas 194 doentes responderam ao Inventário de Estado-Traço de Ansiedade. A prevalência de ansiedade-estado elevada (>47) foi de 22,2% no pré-operatório e de 5,7% no pós-operatório. A prevalência de ansiedade-traço elevada (>42) foi de 33,5% no pré-operatório e de 29,9% no pós-operatório. Os níveis elevados de ansiedade (estado e traço) estavam associados de modo estatisticamente significativo a algumas variáveis: sexo, escolaridade, experiência hospitalar prévia, experiência e técnicas anestésicas prévias, uso de ansiolíticos, tipo de cirurgia, patologia psiquiátrica, problemas de ansiedade e classificação ASA.

Conclusão: Pré e pós-operatoriamente os doentes submetidos a cirurgia de ambulatório apresentaram prevalências de ansiedade-estado significativas, predominante naqueles com traços ansiosos importantes de personalidade. Pode-se concluir que a expectativa da cirurgia provoca ansiedade.

Palavras – chave: Ansiedade, Anestesia, Cirurgia de Ambulatório, Factores de Risco, Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI)

ABSTRACT

Introduction: Ambulatory Surgery is a programmed surgical procedure, carried out under general, locoregional or local anaesthesia, when the patient is admitted and discharged on the same day.

There are many expectations, feelings and emotions underlying the surgical procedure: the patient feels that his/her physical and psychological integrity is threatened.

Anxiety is defined as a feeling of apprehension resulting from the anticipation of real danger. There may be predisposed factors (genetic, physical, psychological) and physiological and/or environmental stress factors.

Objectives: Assess the level of anxiety and prospect of patients who underwent ambulatory surgery (General or Vascular Surgery). Connect variables related to anxiety disorders.

Methodology: Cross sectional/longitudinal study involving 202 patients who underwent Ambulatory Surgery (146 to Vascular Surgery and 56 to General Surgery). Socio-demographic and clinical data was obtained by means of a structured survey. Anxiety was assessed by using the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), applied before and after the surgical procedure.

Results: 202 patients (64 men and 138 women) with an age average of 51.4 years completed part of the study. Of these patients, only 194 of them answered the State-Trait Anxiety Inventory. The high prevalence of state anxiety (>47) was 22.2% before surgery and 5.7% after surgery. The high prevalence of trait anxiety (>42) was 33.5% before surgery and 29.9% after surgery. The high levels of anxiety (state and trait) were statistically associated with some variables: gender, education, previous hospital experience, previous anaesthetic techniques and experiences, use of anxiolytics, type of surgery, psychiatric pathology, anxiety problems and ASA classification.

Conclusion: Before and after surgery, patients who underwent ambulatory surgery showed significant prevalence of state anxiety, mainly those with significant anxiety traits in their personality. In conclusion, the prospect of surgery causes anxiety.

Key words: Anxiety, Anaesthesia, Ambulatory Surgery, Risk Factors, State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

INTRODUÇÃO

Define-se como Cirurgia de Ambulatório, a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *legis artis*, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia ¹. Os potenciais benefícios da Cirurgia de Ambulatório e o seu carácter inovador são tão importantes que é necessário assegurar condições apropriadas para o seu desenvolvimento ².

Quanto ao acto cirúrgico, várias são as expectativas, sentimentos e emoções que lhe estão subjacentes. Apesar do avanço tecnológico das cirurgias e anestésias, o doente cirúrgico nunca se sente totalmente seguro, pois este procedimento gera intenso desconforto emocional, no qual o indivíduo sente incertezas em relação ao seu futuro, manifestando sentimentos de impotência, isolamento, medo da morte, dor e mutilação, de ficar incapacitado, das mudanças na sua imagem corporal. Diante da necessidade de realizar uma cirurgia, o doente sente ameaçada a sua integridade física e psicológica. Entende-se então, que nenhum doente está, efectivamente, preparado para realizar uma cirurgia ³. Um certo medo e ansiedade são reacções consideradas normais em doentes no pré-operatório ⁴⁻⁸.

Quanto ao conceito de ansiedade, define-se como um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho ^{9,10}.

A distinção entre ansiedade-estado e ansiedade-traço provou a sua utilidade nos estudos de ansiedade ¹¹. Ansiedade-estado define-se como um corte transversal temporal na corrente emocional da vida de uma pessoa e consiste em sentimentos subjectivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação ^{11,12}. Por sua vez, ansiedade-traço define-se nos termos das diferenças individuais relativamente estáveis quanto à propensão para a ansiedade, isto é, diferenças inter-individuais na tendência para perceber situações stressantes como perigosas ou ameaçadoras e na inclinação para reagir a tais situações com elevações mais frequentes e intensas do estado de ansiedade ^{11,12}.

A ansiedade provoca activação do sistema nervoso autónomo, que leva o indivíduo a evitar, fugir ou confrontar-se com o perigo. Tal como noutros sinais e sintomas psiquiátricos, também na ansiedade podem existir factores predisponentes: genéticos, constitucionais, psicológicos e precipitantes: stressantes fisiológicos e/ou ambientais ¹³. A ansiedade passa a ser reconhecida como patológica quando é exagerada e desproporcional em relação ao estímulo, ou discrepante do que se observa como norma naquela faixa etária, interferindo com a qualidade de vida, conforto emocional ou desempenho diário do indivíduo ⁹. Uma das formas

de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica consiste em avaliar se a reacção ansiosa é de curta duração, auto-limitada e relacionada ao estímulo do momento ou não.

Têm sido feitos vários estudos acerca dos factores que motivam a ansiedade nos doentes no pré-operatório ¹⁴⁻¹⁷. A ansiedade é causada por uma variedade de factores, incluindo preocupações acerca do procedimento cirúrgico e anestesia bem como de consequências cirúrgicas.

Esta emoção subjectiva pode ainda ser influenciada pela idade, sexo, extensão e tipo de cirurgia, experiências hospitalares anteriores, susceptibilidade e capacidade de lidar com experiências stressantes ¹⁸. Vários estudos têm descrito a eficácia de uma variedade de intervenções para reduzir a ansiedade. A quantidade e tipo de informação dada ao doente é um dos exemplos ¹⁹⁻²¹. O fornecimento de informações adequadas é essencial na redução da ansiedade e angústia entre os doentes no pré-operatório.

Com este trabalho, pretende-se avaliar o grau de ansiedade e expectativas de doentes submetidos, em regime de ambulatório, a Cirurgia Geral ou Cirurgia Vasculuar e relacionar variáveis associadas às alterações da ansiedade nesse contexto.

“Ansiedade” e “Cirurgia de Ambulatório” consistiram nos objectos de estudo, pretendendo-se responder à questão: “De que forma a “Cirurgia” influencia o grau de ansiedade do doente?”. Foram tidos em conta diversos factores mencionados (subjacentes à Cirurgia, relacionados com características sócio-demográficas e da história clínica dos doentes). A avaliação da ansiedade realizou-se pré e pós-operatoriamente, para avaliar possíveis diferenças entre os dois momentos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Um estudo transversal/longitudinal foi realizado em doentes adultos no Hospital de Santo António, na cidade do Porto, Portugal, depois de autorização institucional pela Comissão de Ética local. Foi obtido um consentimento informado de todos os doentes. Foram estudados 202 doentes admitidos em Cirurgia de Ambulatório (Geral ou Vascular). As idades variavam entre 18 e 88 anos.

Foi pedido aos doentes o preenchimento de uma escala de avaliação de ansiedade em dois momentos diferentes, isto é, antes (aproximadamente 2 horas) e depois da cirurgia (aproximadamente 8 horas). Foram também inquiridos, pré-operatoriamente, sobre diversas variáveis demográficas constantes de um Questionário (Anexo I) preenchido pelo investigador. O analfabetismo constituiu um critério de exclusão para o preenchimento da escala de avaliação de ansiedade tendo sido, excluídos 8 doentes.

Na avaliação de ansiedade utilizou-se o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI), versão traduzida por McIntyre e McIntyre²² (Anexo II), que compreende duas escalas separadas para medir o estado e o traço de ansiedade. A escala de Ansiedade-Estado (STAI Forma Y-1) é composta por vinte itens que avaliam o grau de ansiedade dos inquiridos no momento. A escala de Ansiedade-Traço (STAI Forma Y-2) é composta por vinte itens que avaliam o perfil ansioso da pessoa ao longo do tempo.

De acordo com Spielberger, os cut-off utilizados para definir um nível alto de ansiedade foram 47 para a ansiedade-estado e 42 para a ansiedade-traço²³.

As respostas obtidas foram analisadas e o seu estudo estatístico foi feito recorrendo ao programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.

Na comparação da ansiedade nas diferentes características demográficas e clínicas utilizou-se o teste T de Student. O teste de T emparelhado (para amostras dependentes) foi utilizado nas mesmas variáveis quando analisadas as diferenças antes e depois da cirurgia. A correcção de Bonferroni aplicou-se nas situações onde se desejava efectuar vários testes de hipóteses/intervalos de confiança e se pretendia controlar o nível de significância/grau de confiança global. Um valor de $p \leq 0,05$ foi considerado significativo.

RESULTADOS

Um total de 202 doentes participou no estudo. A distribuição por sexos não foi semelhante, predominando o sexo feminino. Em relação à idade, houve predomínio de doentes entre os 36 e 64 anos, observando-se uma média de 51,35 anos e idades entre os 18 e os 88 anos. Quanto ao estado civil, a maior parte dos inquiridos eram casados e, em relação ao grau de escolaridade, a maioria completou o 1º Ciclo. 8 doentes (1 homem e 7 mulheres) não preencheram o Inventário de STAI pois eram analfabetos.

Grande parte dos doentes que trabalhava fazia-o por conta de outrem e a maioria não apresentava qualquer tipo de hábito (tabagismo, alcoolismo, drogas) (Tabela I).

Tabela I. Caracterização da Amostra (1)

Característica	n (%)
Sexo	
Masculino	64 (31,7%)
Feminino	138 (68,3%)
Idade	
18-35	24 (11,9%)
36-64	145 (71,8%)
>65	33 (16,3%)
Estado Civil	
Solteiro/a	17 (8,4%)
Casado/a	149 (73,8%)
Divorciado/a	14 (6,9%)
União de Facto	10 (5,0%)
Viúvo/a	12 (5,9%)
Escolaridade	
Analfabeto/a	8 (4,0%)
1º Ciclo	78 (38,6%)
2º Ciclo	22 (10,9%)
3º Ciclo	54 (26,7%)
Secundário	22 (10,9%)
Ensino Superior	18 (8,9%)
Actividade Profissional	
Empregado conta própria	40 (19,8%)
Empregado conta outrem	74 (36,6%)
Desempregado/a	31 (15,3%)
Reformado/a	51 (25,2%)
Estudante	6 (3,0%)
Hábitos	
Tabagismo	38 (18,8%)
Alcoolismo	4 (2,0%)
Drogas	2 (1,0%)
Nenhum	158 (78,2%)

Quanto à experiência hospitalar/cirúrgica prévia dos doentes, a maior parte apresentava experiência noutra hospital e, do total de doentes com experiência hospitalar/cirúrgica, a maioria classificou-a como boa. Dos doentes com anestésias prévias, na maior parte dos casos verificou-se anestesia geral, sendo que alguns doentes referem ter tido má experiência com a anestesia, por diversas razões. A maior parte dos doentes nunca usa ansiolítico no dia-a-dia e quase a mesma percentagem dos inquiridos não usou ansiolíticos nas 24h anteriores à

cirurgia. Alguns doentes referem grande disfunção familiar no dia da cirurgia. A maior parte dos inquiridos classifica o grau de informação clínica dada na consulta pré-cirúrgica variando de 7 a 10.

Em relação ao tipo de cirurgia, verificou-se uma desproporção e, a maior parte dos doentes foi sujeito a cirurgia vascular.

A maior parte dos doentes não apresentava patologia psiquiátrica ou problemas de ansiedade.

Quanto à classificação ASA, grande parte dos inquiridos pertenciam à classe ASA II. A maior parte dos doentes tiveram consulta de anestesia prévia e a grande maioria teve anestesia geral na cirurgia presente (Tabela II).

Tabela II. Caracterização da Amostra (2)

Característica	n (%)
Experiência Cirúrgica	
Inexistente	50 (24,8%)
Noutro Hospital	95 (47,0%)
Na UCA HSA	57 (28,2%)
Se existente	
Boa	135 (68,8%)
Má	17 (8,4%)
Anestésias Prévias	
Sim	152 (75,2%)
Não	50 (24,8%)
Técnica Anestésica Prévia	
Anestesia Geral	128 (84,2%)
ALR	24 (15,8%)
Má experiência com Anestesia Prévia	
Sim, por dor mal controlada	3 (1,5%)
Sim, por náuseas e vômitos no PO	38 (18,8%)
Sim, por frio	8 (4,0%)
Sim, por outra razão	14 (6,9%)
Não	89 (44,1%)
Uso de Ansiolítico	
Nunca	145 (71,8%)
Às vezes	16 (7,9%)
Regularmente	41 (20,3%)
Uso de Ansiolítico últimas 24h	
Sim	44 (21,8%)
Não	158 (71,2%)
Disfunção Familiar	
Grande	38 (18,8%)
Pequena	164 (81,2%)
Informação Clínica (grau)	
1-3	17 (8,4%)
4-6	25 (12,4%)
7-10	160 (79,2%)
Tipo de Cirurgia	
Geral	56 (27,7%)
Vascular	146 (72,3%)
Patologia Psiquiátrica	
Sim ou já teve	54 (26,7%)
Não	148 (73,3%)
Problemas de Ansiedade	
Sim e toma medicação	45 (22,3%)
Sim e não toma medicação	67 (33,2%)
Não	90 (44,6%)

ASA		
	I	76 (37,6%)
	II	110 (54,5%)
	III	16 (7,9%)
Consulta de Anestesia Prévia		
	Sim	160 (79,2%)
	Não	42 (20,8%)
Técnica Anestésica Presente		
	Anestesia Geral	164 (81,2%)
	Anestesia Loco-Regional	17 (8,4%)
	Sedação	21 (10,4%)

A prevalência de ansiedade-estado elevada (>47) foi de 22,2% no pré-operatório e de 5,7% no pós-operatório (intervalo de confiança de 95%). Já a prevalência de ansiedade-traço elevada (>42) foi de 33,5% no pré-operatório e de 29,9% no pós-operatório (intervalo de confiança de 95%).

A análise dos níveis de ansiedade pré-operatória (Tabela III) revelou associação significativa entre grau de ansiedade-estado pré-operatória e as seguintes variáveis: sexo ($p<0,001$), má experiência com anestesia prévia ($p=0,001$), uso de ansiolítico no dia-a-dia ($p=0,011$), uso de ansiolítico nas últimas 24h ($p=0,025$), disfunção familiar ($p=0,030$), tipo de cirurgia ($p=0,018$), patologia psiquiátrica ($p=0,012$) e problemas de ansiedade ($p=0,009$).

Verificou-se associação significativa entre grau de ansiedade-traço pré-operatória e as seguintes variáveis (Tabela III): sexo ($p<0,001$), escolaridade ($p=0,044$), má experiência hospitalar/cirúrgica prévia ($p=0,001$), técnica anestésica prévia ($p=0,034$), má experiência com anestesia prévia ($p=0,014$), uso de ansiolítico no dia-a-dia ($p<0,001$), uso de ansiolítico nas últimas 24h ($p=0,001$), tipo de cirurgia ($p=0,005$), patologia psiquiátrica ($p<0,001$), problemas de ansiedade ($p<0,001$) e classificação ASA ($p=0,025$).

Não foram observadas associações significativas entre grau de ansiedade (quer estado quer traço) pré-operatória e as seguintes variáveis: idade, estado civil, actividade profissional, hábitos, experiência hospitalar/cirúrgica ou anestésias prévias, tempo de espera para cirurgia, tempo de espera no dia da cirurgia, grau de informação clínica, consulta de anestesia prévia e técnica anestésica presente.

Quanto ao pós-operatório (Tabela IV), constatou-se associação significativa entre grau de ansiedade-estado e as seguintes variáveis: sexo ($p=0,004$), experiência hospitalar/cirúrgica prévia ($p=0,002$), anestésias prévias ($p=0,032$), má experiência com anestesia prévia ($p=0,013$) e tipo de cirurgia ($p=0,001$).

Quanto à ansiedade-traço, pós-operatoriamente (Tabela IV), mostrou-se associação significativa com as seguintes variáveis: sexo ($p<0,001$), má experiência hospitalar/cirúrgica prévia ($p=0,023$), má experiência com anestesia prévia ($p=0,003$), uso de ansiolítico no dia-a-dia ($p<0,001$), uso de ansiolítico nas últimas 24h ($p=0,001$), tempo de espera no dia da cirurgia

($p=0,003$), tipo de cirurgia ($p<0,001$), patologia psiquiátrica ($p<0,001$) e problemas de ansiedade ($p<0,001$).

Não foram constatadas associações significativas entre grau de ansiedade (quer estado quer traço) pós-operatória e as seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, actividade profissional, hábitos, técnica anestésica, tempo de espera para cirurgia, disfunção familiar, grau de informação clínica, classificação ASA, consulta de anestesia prévia e técnica anestésica presente e anestésicos administrados.

Foi utilizado o teste de T emparelhado (para amostras dependentes) para as variáveis que tinham mostrado associação significativamente estatística com os níveis de ansiedade pré-operatória. Pretendia-se analisar as diferenças no pré e pós-cirúrgico tanto na ansiedade-estado como na ansiedade-traço. Os resultados globais apresentam-se na Tabela V, verificando-se uma maior diferença em relação aos níveis de ansiedade-estado.

Os resultados com controlo para as diferentes variáveis estão apresentados na Tabela VI. Com excepção da Classificação ASA I e Anestesia Loco-regional, as restantes variáveis seguem os resultados de ansiedade observados globalmente. As diversas variáveis diferem mais significativamente entre o pré e pós-operatório na ansiedade-estado.

Quanto às variações na ansiedade-estado, a diferença é maior na variável uso de ansiolítico no dia-a-dia às vezes e menor na variável ASA III. No que diz respeito à ansiedade-traço, a diferença maior é constatada na variável existência de má experiência cirúrgica e a menor diferença na variável sem problemas de ansiedade.

A ansiedade-estado e a ansiedade-traço do doente estão relacionadas e influenciam-se tanto pré ($r=0,62$; $p<0,001$) como pós-operatoriamente ($r=0,57$; $p<0,001$).

Tabela III. Níveis de Ansiedade Pré-operatória nas diferentes variáveis

Característica	n	Pré-Operatório			
		STAI Forma Y-1 (Média ± Desvio-Padrão)	p	STAI Forma Y-2 (Média ± Desvio-Padrão)	p
Sexo					
Masculino	63	35,36 ± 10,67	<0,001	34,52 ± 8,71	<0,001
Feminino	131	41,64 ± 9,82		40,47 ± 9,25	
Idade					
18-35	24	39,04 ± 12,17	0,333	36,46 ± 8,91	0,205
36-64	142	40,20 ± 10,30		39,27 ± 9,52	
>65	28	37,04 ± 9,95		36,61 ± 9,50	
Estado Civil					
Casado/a	145	39,52 ± 9,52	0,998	38,07 ± 8,76	0,162
Outros estados [■]	49	39,52 ± 13,03		40,27 ± 11,19	
Escolaridade					
Analfabeto/a	8	Não Responde	0,402	Não responde	0,044
1º Ciclo	78	40,32 ± 11,85		40,04 ± 9,75	
2º Ciclo	22	41,68 ± 8,55		41,64 ± 10,74	
3º Ciclo	54	39,65 ± 10,16		36,76 ± 8,29	
Secundário	22	37,91 ± 8,46		37,86 ± 8,30	
Ensino Superior	18	35,89 ± 9,41		34,44 ± 9,77	
Atividade Profissional					
Activo [△]	113	39,0 ± 9,56	0,355	37,45 ± 8,82	0,060
Não Activo [•]	81	40,46 ± 11,7		40,06 ± 10,18	
Hábitos					
Tabagismo e outros [*]	44	39,35 ± 10,22	0,845	38,56 ± 10,95	0,999
Nenhum	150	39,71 ± 10,64		38,56 ± 9,08	
Experiência Hospitalar/Cirúrgica					
Inexistente	48	38,88 ± 9,91	0,581	37,96 ± 8,44	0,625
Existente [▶]	146	39,84 ± 10,70		38,73 ± 9,81	
Experiência Cirúrgica Existente					
Boa	129	39,29 ± 10,67	0,084	37,81 ± 9,20	0,001
Má	17	44,06 ± 10,31		45,76 ± 11,63	
Anestesias Prévias					
Sim	146	39,84 ± 10,71	0,507	38,73 ± 9,81	0,107
Não	48	38,88 ± 9,91		37,96 ± 8,74	
Técnica Anestésica					
Anestesia Geral	123	40,21 ± 10,74	0,319	39,49 ± 9,99	0,034
ALR	23	37,87 ± 10,53		34,70 ± 7,80	
Má Experiência com Anestesia					
Sim	60	43,47 ± 11,13	0,001	41,10 ± 10,75	0,014
Não	86	37,31 ± 9,68		37,08 ± 8,80	
Uso de Ansiolítico					
Nunca	139	38,07 ± 10,19	0,011 *	36,64 ± 8,75	<0,001 *
Às vezes	16	43,25 ± 10,47		43,25 ± 10,47	
Regularmente	39	43,56 ± 10,44		43,56 ± 10,44	
Uso de Ansiolítico últimas 24h					
Sim	42	42,81 ± 10,20	0,025	42,81 ± 9,40	0,001
Não	152	38,72 ± 10,44		37,36 ± 9,18	
Tempo de Espera para Cirurgia					
< 3 meses	28	39,14 ± 10,49	0,903	36,11 ± 9,94	0,499
3-6 meses	71	40,25 ± 9,74		38,65 ± 10,06	
6-12 meses	71	39,01 ± 11,04		39,00 ± 8,40	
> 12 meses	24	39,96 ± 11,54		39,71 ± 10,28	
Tempo de Espera Dia Cirurgia					
< 60 minutos	44	37,82 ± 11,64	0,462	35,68 ± 8,90	0,064
60-120 minutos	93	39,99 ± 11,21		39,05 ± 9,67	
> 120 minutos	57	40,35 ± 8,14		39,91 ± 9,29	
Disfunção Familiar					
Grande	36	43,03 ± 9,11	0,030	39,64 ± 9,27	0,443
Pequena	158	38,82 ± 10,67		38,29 ± 9,53	
Informação Clínica (grau)					
1-3	17	42,59 ± 8,38	0,114	40,18 ± 8,84	0,075
4-6	24	42,67 ± 11,24		42,25 ± 10,73	
6-10	153	38,80 ± 10,50		37,78 ± 9,24	
Tipo de Cirurgia					
Geral	56	36,80 ± 11,41	0,018	35,54 ± 8,93	0,005
Vascular	138	40,74 ± 9,92		39,76 ± 9,45	

Patologia Psiquiátrica					
Sim ou já teve	53	42,68 ± 10,76	0,012	42,43 ± 8,87	<0,001
Não	141	38,44 ± 10,20		37,08 ± 9,31	
Problemas de Ansiedade					
Sim e toma medicação	44	43,23 ± 10,68	0,009 **	44,68 ± 9,11	<0,001 **
Sim e não toma medicação	63	41,56 ± 9,85		39,35 ± 9,93	
Não	87	36,36 ± 10,01		34,85 ± 7,44	
ASA					
I	75	38,47 ± 10,17	0,485	36,71 ± 9,05	0,025
II	107	40,27 ± 10,43		39,22 ± 9,55	
III	12	40,75 ± 13,22		44,00 ± 9,28	
Consulta de Anestesia Prévia					
Sim	154	39,89 ± 10,70	0,457	39,05 ± 9,21	0,141
Não	40	38,50 ± 9,82		36,58 ± 10,31	
Técnica Anestésica Presente					
Anestesia Geral	158	39,61 ± 10,51	0,500	38,65 ± 19,18	0,357
Anestesia Loco-Regional	15	42,00 ± 7,80		40,67 ± 9,81	
Sedação	21	39,60 ± 10,50		36,20 ± 11,30	

▪ Solteiro/a, Divorciado/a, União de Facto, Viúvo/a

△ Empregado por conta própria, Empregado por conta de outrem

• Desempregado/a, Reformado/a, Estudante

* Alcoolismo, Drogas (inaladas, endovenosas)

▶ Noutro hospital, UCA do HSA

* Há diferença significativa entre "Nunca" e "Regularmente" (correção de Bonferroni)

** Há diferença significativa entre "Sim e toma medicação/não toma medicação" e "Regularmente" (correção de Bonferroni)

Tabela IV. Níveis de Ansiedade Pós-operatória nas diferentes variáveis

Característica	n	Pós-Operatório			
		STAI Forma Y-1 (Média ± Desvio-Padrão)	P	STAI Forma Y-2 (Média ± Desvio-Padrão)	P
Sexo					
Masculino	63	30,27 ± 7,32	0,004	33,37 ± 7,45	<0,001
Feminino	131	34,15 ± 9,36		39,70 ± 9,03	
Experiência Hospitalar/Cirúrgica					
Inexistente	48	30,83 ± 6,85	0,032	36,31 ± 7,67	0,242
Existente ▶	146	33,57 ± 9,42		38,08 ± 9,42	
Experiência Cirúrgica Existente					
Boa	129	32,28 ± 9,50	0,308	37,43 ± 8,76	0,023
Má	17	35,76 ± 8,78		42,94 ± 12,68	
Anestésias Prévias					
Sim	146	33,57 ± 9,42	0,032	38,08 ± 9,42	0,242
Não	48	30,83 ± 6,85		36,31 ± 7,67	
Técnica Anestésica					
Anestesia geral	123	33,48 ± 9,48	0,793	38,65 ± 9,47	0,088
ALR	23	34,04 ± 9,88		35,00 ± 8,66	
Má Experiência com Anestesia					
Sim	60	35,87 ± 10,13	0,013	40,90 ± 10,33	0,003
Não	86	31,97 ± 8,60		36,10 ± 8,23	
Uso de Ansiolítico					
Nunca	139	32,27 ± 8,38	0,275 *	35,78 ± 8,08	<0,001 *
Às vezes	16	33,19 ± 9,97		40,25 ± 11,35	
Regularmente	39	35,00 ± 10,18		43,18 ± 8,90	
Uso de Ansiolítico últimas 24h					
Sim	42	34,17 ± 10,22	0,297	41,67 ± 8,86	0,001
Não	152	32,54 ± 8,53		36,53 ± 8,78	
Tempo de Espera Dia Cirurgia					
< 60 minutos	44	30,80 ± 7,59	0,076	33,95 ± 9,08	0,003
60-120 minutos	93	32,70 ± 9,71		37,88 ± 8,48	
> 120 minutos	57	32,89 ± 8,92		40,09 ± 9,10	
Tipo de Cirurgia					
Geral	56	30,02 ± 7,06	0,001	34,09 ± 8,65	<0,001
Vascular	138	34,06 ± 9,34		39,08 ± 8,81	

Patologia Psiquiátrica	53	33,74 ± 8,88	0,420	41,85 ± 8,66	<0,001
Sim ou já teve	141	32,57 ± 8,94		36,06 ± 8,68	
Não					
Problemas de Ansiedade					
Sim e toma medicação	44	34,64 ± 10,74	0,238 **	42,77 ± 10,07	<0,001 **
Sim e não toma medicação	63	33,27 ± 8,63		38,03 ± 8,74	
Não	87	31,74 ± 8,01		34,73 ± 7,43	

Tabela V. Diferenças no Pré e Pós-operatório Inventário de STAI

	Inventário de STAI			
	Média ± Desvio-Padrão			
	Pré-operatório	Pós-operatório	Diferença	p
Estado (Y-1)	39,60 ± 10,50	32,89 ± 8,91	6,71 ± 10,05	<0,001
Traço (Y-2)	38,54 ± 9,48	37,63 ± 9,03	0,91 ± 6,21	0,044

Tabela VI. Diferenças no Pré e Pós-operatório com controlo das variáveis

Variável Controlada	Inventário de STAI				
	Pré-operatório – Pós-operatório (Média ± Desvio-Padrão)				
	n	STAI Forma Y-1	p	STAI Forma Y-2	p
Masculino	63	5,10 ± 9,30	<0,001	1,16 ± 5,27	0,086
Feminino	131	7,89 ± 10,34	<0,001	0,78 ± 6,63	0,181
1º Ciclo	78	7,23 ± 11,58	<0,001	0,82 ± 7,05	0,307
2º Ciclo	22	6,27 ± 8,24	0,002	1,81 ± 6,03	0,172
3º Ciclo	54	7,30 ± 9,30	<0,001	1,18 ± 5,39	0,112
Secundário	22	5,00 ± 10,10	0,030	0,14 ± 6,09	0,917
Ensino Superior	18	5,33 ± 7,19	0,006	0,22 ± 5,34	0,862
Experiência Cirúrgica Boa	129	6,01 ± 9,79	<0,001	0,37 ± 6,10	0,490
Experiência Cirúrgica Má	17	8,29 ± 10,09	0,004	2,82 ± 5,29	0,043
Anestesia Geral	123	6,73 ± 10,12	<0,001	0,84 ± 5,96	0,122
Anestesia Loco-Regional	23	3,83 ± 7,69	0,026	-0,30 ± 6,52	0,825
Má experiência com Anestesia	60	7,6 ± 10,82	<0,001	0,20 ± 6,37	0,809
Boa experiência com Anestesia	86	5,35 ± 9,00	<0,001	0,98 ± 5,83	0,124
Uso Ansiolítico (Nunca)	139	5,80 ± 9,52	<0,001	0,86 ± 6,11	0,101
Uso Ansiolítico (Às vezes)	16	10,06 ± 10,15	0,001	0,75 ± 6,60	0,656
Uso Ansiolítico (Regularmente)	39	8,56 ± 11,50	<0,001	1,13 ± 6,56	0,289
Uso Ansiolítico últimas 24h	42	8,64 ± 11,42	<0,001	1,14 ± 6,55	0,265
Não usou Ansiolítico últimas 24h	152	6,18 ± 9,61	<0,001	0,84 ± 6,13	0,095
Grande Disfunção Familiar	36	9,64 ± 9,08	<0,001	1,56 ± 5,96	0,127
Pequena Disfunção Familiar	158	6,04 ± 10,17	<0,001	0,75 ± 6,27	0,133
Cirurgia Geral	56	6,78 ± 10,39	<0,001	1,45 ± 5,73	0,064
Cirurgia Vascular	138	6,68 ± 9,95	<0,001	0,68 ± 6,40	0,213
Patologia Psiquiátrica actual ou anterior	53	8,94 ± 10,93	<0,001	0,58 ± 6,95	0,543
Sem Patologia Psiquiátrica	141	5,87 ± 9,61	<0,001	1,02 ± 5,93	0,043
Com Ansiedade e toma medicação	44	8,59 ± 11,57	<0,001	1,91 ± 6,77	0,068
Com Ansiedade e não toma medicação	63	8,28 ± 9,94	<0,001	1,32 ± 5,84	0,078
Sem Ansiedade	87	4,62 ± 8,98	<0,001	0,09 ± 6,14	0,889
ASA I	75	5,99 ± 9,42	<0,001	-0,04 ± 5,97	0,954
ASA II	107	7,61 ± 10,61	<0,001	1,46 ± 6,38	0,020
ASA III	12	3,25 ± 8,19	0,197	1,83 ± 5,86	0,302

DISCUSSÃO

Os objectivos deste estudo consistiam em avaliar o grau de ansiedade e expectativas de doentes submetidos, em regime de ambulatório, a Cirurgia Geral ou Cirurgia Vasculare e relacionar variáveis associadas às alterações da ansiedade nesse contexto.

Foi possível identificar diferentes factores de risco para ansiedade relacionada com a Cirurgia, avaliada nos momentos pré e pós-operatório em doentes submetidos a Cirurgia de Ambulatório. Avaliaram-se dois tipos de ansiedade, traço e estado: a primeira relacionada com características da personalidade do doente prévias à cirurgia, a segunda relacionada com os factores stressantes relativos à circunstância em que o doente se encontra, no caso, a Cirurgia de Ambulatório.

Como descrito anteriormente, os vários factores estudados influenciaram de forma mais ou menos significativa estatisticamente os níveis de ansiedade (estado e traço) nos dois momentos considerados. Seguidamente serão abordados aspectos particulares de cada um dos factores.

Ansiedade-estado e ansiedade-traço

No que diz respeito às diferenças observadas pré e pós-cirurgicamente, globalmente, pode deduzir-se que os níveis de ansiedade-estado, ao dizerem respeito à ansiedade do doente perante uma situação concreta, sofrem uma redução quando a situação (neste caso a cirurgia) é ultrapassada. Quanto à ansiedade-traço, já que esta corresponde à ansiedade inerente ao doente, não são esperadas diferenças muito significativas entre os dois momentos, situação que se verificou.

A ansiedade-estado e ansiedade-traço do doente estão relacionadas e influenciam-se. Esta associação, pré-operatoriamente, tem sido bem documentada em estudos anteriores²⁴⁻²⁷. Doentes previamente ansiosos (ansiedade-traço) apresentam níveis de ansiedade-estado mais elevados. Tal informação pode ser utilizada em ambientes pré-operatórios para planear acções visando reduzir a ansiedade no pré e pós-operatório.

Pós-operatoriamente também foi observada associação significativa entre os níveis de ansiedade-traço e de ansiedade-estado, o mesmo se tendo verificado em estudos prévios²⁸. Apesar de pós-operatoriamente serem esperados níveis de ansiedade-traço semelhantes aos resultados pré-operatórios, houve situações em que o mesmo não se verificou, constatando-se variações significativas nos dois momentos. Um dos exemplos dessa situação é a existência de má experiência cirúrgica prévia, em que há uma variação grande (em relação ao esperado) quando comparados os dois momentos. Este aspecto pode levar a pensar que os níveis de

ansiedade-estado elevados que esta situação provocava nos doentes se reflectiram nos níveis de ansiedade-traço.

Um outro aspecto a considerar são as situações em que os níveis de ansiedade-traço não só não se mantêm no pós-operatório como aumentam. Uma das hipóteses a considerar nesta situação será o preenchimento de forma incorrecta do Inventário de STAI, por parte dos doentes, por motivos diversos.

Sexo

Os níveis de ansiedade pré-operatória (tanto estado como traço) são mais altos no sexo feminino. Estas associações também têm sido demonstradas em estudos anteriores^{24, 25, 29, 30} que implicam as flutuações nos níveis de estrógeno e progesterona na etiologia dos transtornos de humor e ansiedade e isso poderia explicar o risco elevado de ansiedade apresentado pelas mulheres³¹.

Pós-operatoriamente, verificou-se associação desta variável aos níveis de ansiedade (estado e traço). O sexo feminino registou, igualmente, scores mais elevados. Alguns estudos obtiveram resultados discordantes²⁸.

Idade

Neste estudo, a variável idade não estava significativamente associada a nenhum dos tipos de ansiedade em nenhum dos momentos.

O resultado pré-operatório vem de encontro a alguns estudos²⁹ que não correlacionam a idade como factor de risco para níveis de ansiedade mais altos e entra em desacordo com outros^{32, 33} que apresentam a variável idade com impacto significativo no aumento dos níveis de ansiedade, considerando os mais jovens como mais ansiosos.

Relativamente aos resultados pós-operatórios, estes encontram-se concordantes com a literatura²⁸.

Escolaridade

No estudo, doentes com escolaridade mais baixa apresentaram níveis de ansiedade traço pré-operatória superiores aos que tinham grau de escolaridade mais alto. Estes resultados são concordantes com estudos anteriores^{33, 34} e podem justificar a necessidade, da parte dos doentes, não só de obterem informação sobre os aspectos envolvidos em todo o processo cirúrgico, como também de que a mesma seja compreendida. Outros estudos relatam o contrário e identificam a educação como um preditor da ansiedade pré-operatória^{25, 29}, apresentando os que passaram mais anos na escola níveis mais elevados de ansiedade do que aqueles com menos anos de educação formal. Uma possível explicação pode ser que indivíduos com grau mais elevado de escolaridade estão mais cientes dos riscos envolvidos na

cirurgia e anestesia. Outra explicação é que estes indivíduos podem expressar-se melhor nos questionários de auto-avaliação de ansiedade. Como todos os estudos utilizaram a mesma escala de ansiedade (STAI) ²³ e as medidas foram obtidas a partir de amostras com características semelhantes, os resultados foram bastante contraditórios.

Nos dois casos, quer nos doentes com menos escolaridade, quer nos outros, a necessidade de uma informação adequada e da sua compreensão e a avaliação do impacto emocional no sujeito, é necessária.

Pós-operatoriamente, não foram obtidos resultados que associassem significativamente o grau de escolaridade com os níveis de ansiedade. O mesmo está de acordo com outro artigo ²⁸.

Hábitos

Neste estudo, os hábitos (tabágicos e outros) não se associaram significativamente a níveis de ansiedade pré-operatória, o que pode dever-se ao facto de haver um número baixo de fumadores no estudo, em comparação com o número total de participantes. Este resultado discorda de estudos anteriores que evidenciam o tabaco como um dos factores de risco para níveis elevados de ansiedade pré-cirurgicamente ²⁴. O mesmo pode explicar-se por sintomas de abstinência da nicotina no período antes da cessação do tabagismo e imediatamente após a cessação ³⁵, considerando que os doentes foram proibidos de fumar no hospital durante a estadia.

Pós-operatoriamente, a mesma falta de associação foi verificada o que, mais uma vez, discorda da literatura ²⁸, resultado que pode dever-se, possivelmente, à pequena amostra de fumadores neste estudo.

Experiência Hospitalar/Cirúrgica

A existência ou não de experiência hospitalar/cirúrgica prévia não se mostrou como factor associado significativamente aos níveis de ansiedade pré-operatória.

Contudo, os níveis de ansiedade pós-operatória (tanto estado como traço) apresentaram-se mais elevados e associados significativamente no caso de existir experiência hospitalar/cirúrgica prévia.

Estes resultados são discordantes de estudos prévios ^{29, 30, 36}, em que a cirurgia anterior surgia como factor redutor do risco de ansiedade pré-operatória. Pesquisas sobre este facto indicam que a história cirúrgica e médica do doente podem agravar ou atenuar o condicionamento do medo e que a qualidade da experiência médica anterior (por exemplo, como foi angustiante) é de cariz crucial ³⁷. Quanto a este último aspecto, neste estudo, mostrou-se associação significativa entre boa/má experiência médica anterior e ansiedade-traço pré-operatória, o que poderia significar que, no caso de o doente já ter estado perante

uma má experiência cirúrgica anterior, as suas atitudes, medos e expectativas em relação à experiência presente poderiam estar condicionados pela má experiência prévia.

Não se verificou, porém, associação significativa com os níveis de ansiedade pós-operatória, sendo o mesmo concordante com outro estudo ²⁸.

Anestesias prévias, Técnica anestésica prévia e Má experiência anestésica prévia

Pré-operatoriamente, a técnica anestésica associou-se significativamente à ansiedade-traço. O resultado é discordante de um estudo prévio ²⁹. Uma má experiência anestésica prévia associou-se significativamente com os níveis de ansiedade-estado e ansiedade-traço, resultado corroborado com outros estudos ³³. Pode inferir-se, deste modo, que más experiências influenciam negativamente tanto pessoas com características ansiosas como também as outras. A não associação da existência de anestésias prévias com os níveis de ansiedade (estado e traço) é discordante de alguns estudos, nos quais a existência de anestésias prévias estava associada a aumento dos níveis de ansiedade pré-operatória ^{30, 33, 37, 38}.

Pós-operatoriamente, a existência de anestésias prévias associou-se significativamente aos níveis de ansiedade-traço e uma má experiência anestésica prévia influenciou significativamente os níveis de ansiedade (estado e traço). A técnica anestésica não influenciou os níveis de ansiedade pós-operatória.

Uso de Ansiolítico no dia-a-dia e nas últimas 24h

Como seria de esperar, ambas as variáveis revelaram associação significativa com os níveis de ansiedade pré-operatória (tanto ansiedade-estado como traço). O mesmo resultado foi obtido noutros estudos ³³. Pós-operatoriamente, as duas variáveis tiveram associação significativa apenas com os níveis de ansiedade-traço, levando a pensar que os doentes que usaram ansiolíticos, o fizeram numa tentativa de controlo da ansiedade que sentiam ao antecipar a cirurgia que iriam enfrentar.

Doentes com ansiedade-traço mais elevada usam ansiolíticos como prescrições habituais. Não foi perguntado se aumentaram a dose destes devido à cirurgia. No entanto, verifica-se que todos mantiveram a toma de ansiolíticos nas 24h anteriores à cirurgia. É possível constatar que apenas 3 doentes, além dos que fazem a toma regular, tomaram ansiolíticos nas 24h anteriores à cirurgia. Possivelmente, tê-lo-ão feito na tentativa de controlo da ansiedade relacionada com a cirurgia.

Tempo de espera para cirurgia e no dia da cirurgia

Nenhuma das variáveis se relacionou significativamente com os níveis de ansiedade pré-operatória.

Quanto ao pós-operatório, o tempo de espera no dia da cirurgia estava significativamente associado a níveis elevados de ansiedade-traço. Este resultado é também observado noutros estudos ⁴⁹.

Disfunção familiar

Esta variável teve associação significativa com os níveis pré-operatórios de ansiedade-estado. Pretendia-se avaliar se as alterações em casa tinham sido grandes ou pequenas para perceber se os doentes poderiam ter níveis mais altos de ansiedade devido às alterações que tivessem existido. Levar os filhos à escola ou tomar conta de um idoso exemplificam situações que, no dia da cirurgia, podem gerar ansiedade porque os cuidados a estas pessoas terão que ficar a cargo de outra pessoa.

Não houve associação com os níveis de ansiedade pós-operatória.

Grau de informação clínica

Não se verificou associação significativa aos níveis de ansiedade pré-operatória, o que entra em desacordo com diversos estudos que associam maior nível de informação a maiores níveis de ansiedade ^{33, 40}. Porém, alguns estudos ⁴¹⁻⁴⁴ conferiram importância à informação dada ao doente acerca da cirurgia e ao impacto que tem na redução dos níveis de ansiedade, apesar de isto não acontecer em todos os doentes (em alguns, a informação acaba por não ser benéfica). Demonstraram que médicos que comunicam e explicam aos doentes aspectos envolventes da cirurgia (como informá-lo sobre quem estará na sala, duração do procedimento e outros detalhes que o ajudam a preparar-se para o procedimento, ter uma sensação de controlo sobre si e de estar a participar no processo) obtêm maior grau de satisfação por parte dos mesmos, bem como menores níveis de ansiedade ^{41, 45}.

Pós-operatoriamente, neste estudo, também não se verificou associação significativa entre o grau de informação e os níveis de ansiedade.

Pode levantar-se a questão sobre se esta discordância será resultado da própria metodologia, já que os doentes do estudo tiveram acompanhamento da investigadora e a disponibilidade para responder a questões. Contudo, este estudo não avaliou directamente a satisfação dos utentes em relação à cirurgia nem a sensação de controlo do processo.

Tipo de Cirurgia

Verificou-se associação significativa entre o tipo de cirurgia e os níveis de ansiedade (estado e traço) pré-operatória. Este resultado é concordante com diferentes estudos ^{25, 28, 32, 46}. Embora não fosse o caso dos tipos de cirurgia neste estudo, noutros estudos são dados exemplos de tipos de cirurgia que podem acarretar níveis de ansiedade mais elevados tais como as cirurgias torácica e otorrinolaringológica. Este facto talvez possa ser explicado

pela mutilação muitas vezes associada a esses procedimentos. Noutro estudo, não foi relatada associação entre o tipo de cirurgia e o grau de ansiedade ²⁹.

Pós-operatoriamente, o tipo de cirurgia também influenciou significativamente os níveis de ansiedade, apresentando-se discordante de outro estudo ²⁸. Este último explica o resultado pelo facto de o principal determinante da ansiedade não ser a extensão da cirurgia em si, mas a mutilação muitas vezes associada a tais procedimentos cirúrgicos ³³.

Patologia Psiquiátrica e Problemas de Ansiedade

Neste estudo, pré-operatoriamente, constatou-se associação significativa entre patologia psiquiátrica e os níveis de ansiedade. A associação foi válida tanto para a ansiedade-estado, como para a ansiedade-traço. O resultado é verificado também em estudos anteriores ^{24, 25, 47}. Os distúrbios psiquiátricos afectam uma grande proporção de doentes atendidos em serviços médicos, embora grande parte permaneça por diagnosticar ⁴⁷. Num estudo numa comunidade, foi repostada uma associação de distúrbios psiquiátricos com várias situações de stress agudo (como grandes doenças, grandes crises financeiras, problemas de carinho) ⁴⁸. Sendo a cirurgia uma situação de stress agudo, é possível compreender que transtornos psiquiátricos determinem um maior risco de ansiedade pré-operatória.

Os problemas de ansiedade basais do doente influenciam também os níveis de ansiedade pré-operatoriamente. Dentro do grupo de doentes que afirmam ter problemas ansiosos, os que tomam medicação apresentam scores mais altos do que os que não tomam. Poderá significar que, ao necessitarem de medicação, os próprios níveis basais de ansiedade sejam, já de si, elevados. Este resultado é concordante com pesquisas anteriores que constataram que os doentes mais ansiosos tendem a ser mais vigilantes, conscientes e mais vulneráveis a stress pós-operatório ⁴⁹.

Pós-operatoriamente, a patologia psiquiátrica e os problemas de ansiedade basal do doente apresentam-se, neste estudo, como variáveis que também influenciam a ansiedade, mas apenas a ansiedade-traço. Em estudos anteriores ²⁸, é também referida a associação positiva entre níveis de ansiedade pós-operatória mais elevados e doentes com patologia psiquiátrica.

Classificação ASA

Neste estudo, verificou-se uma associação significativa entre a classificação ASA e o grau de ansiedade-traço pré-operatória. O resultado é concordante com estudos prévios ^{24, 25}, que associam uma maior classificação ASA a níveis de ansiedade pré-operatória mais elevados. No entanto, outros estudos ³³ não constataam relação entre esta variável e os níveis de ansiedade, apesar de afirmarem que há uma tendência para o aumento dos scores com o aumento da classificação ASA.

Pós-operatoriamente, no presente estudo, não foi encontrada associação significativa entre a classificação ASA e os níveis de ansiedade. O resultado é discordante de outro estudo ²⁸, onde doentes classificados com o pior estado físico de acordo com a classificação ASA apresentaram maior nível de ansiedade pós-operatória.

Consulta de Anestesia Prévia

Não houve associação significativa com os níveis de ansiedade pré-operatoriamente. Este resultado não está de acordo com estudos anteriores que apresentam a consulta de anestesia e informação dada ao doente como benéfica ⁴¹⁻⁴⁵. Porém, outros estudos não encontram benefício na quantidade de informação dada ao doente apresentando a mesma como tendo potencial efeito no aumento dos níveis de ansiedade ^{33, 40}.

Pós-operatoriamente também não foi encontrada associação significativa.

Técnica Anestésica (Actual) e Anestésicos

Pré-operatoriamente, a técnica anestésica não se associou, significativamente, à ansiedade, resultado concordante com um estudo prévio ²⁹. Pós-operatoriamente, também não teve qualquer influência nos níveis de ansiedade.

Os anestésicos utilizados não tiveram, igualmente, influência significativa nos níveis de ansiedade pós-operatoriamente.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ansiedade pode interferir de maneira substancial no conforto do doente, qualidade de vida, capacidade de tomar decisões adequadas e adesão ao tratamento, afectando a sobrevivência. Além de prosseguir os esforços para uma gestão apropriada da ansiedade pré e pós-operatória, o conhecimento sobre os factores de risco estudados pode ajudar a determinar quais os doentes que beneficiariam mais de atenção especial a partir de uma intervenção preventiva pré-operatoriamente e também para planear acções contra esses factores, a fim de tornar a experiência pré e pós-operatória segura e menos stressante.

Vários foram os factores que, ao longo deste estudo, se verificou influenciarem a ansiedade (estado e traço) nos momentos pré e pós-operatório. Entre eles encontram-se: sexo, escolaridade, boa/má experiência hospitalar prévia, técnica anestésica em cirurgias anteriores, boa/má experiência anestésica prévia, uso de ansiolíticos no dia-a-dia e nas últimas 24h, tipo de cirurgia, patologia psiquiátrica, problemas de ansiedade e classificação ASA.

O presente estudo teve limitações já que não foram estudados factores associados ao outcome cirúrgico e/ou complicações do acto cirúrgico relacionados com os níveis de ansiedade. Tal poderia permitir tirar conclusões sobre outro tipo de implicações associadas à ansiedade e cirurgia de ambulatório.

Verificou-se, durante a realização do estudo, que os doentes iam mais calmos para a cirurgia depois de responderem às perguntas, possivelmente devido a todo o processo envolvente do preenchimento do questionário de auto-avaliação e do inquérito, tal como apresentação, explicação inicial do conteúdo e objectivos do projecto. Muitas vezes, ao longo do preenchimento, os doentes colocavam questões, expressavam os seus medos e angústia, buscando uma palavra de conforto.

Nos doentes em que a ansiedade é factor da personalidade, esta permanece no pós-operatório. É importante que novas estratégias (intervenções farmacológicas ou comportamentais) possam ser implementadas pré-operatoriamente com vista à tentativa de reduzir os níveis de ansiedade pré-cirúrgicos e que, eventualmente, esta redução se possa repercutir nos níveis de ansiedade pós-cirúrgicos e nos níveis de satisfação do doente. Já que não é rentável introduzir essas medidas preventivas em todos os doentes submetidos à cirurgia, torna-se necessário reconhecer grupos mais vulneráveis onde as medidas especiais devem ser implementadas. Estas atitudes são válidas para os doentes que se apresentem ansiosos – por exemplo, doentes psiquiátricos ou outros doentes diagnosticados através de

screening adequado. A diminuição dos níveis de ansiedade pré-operatória influenciaria as expectativas, podendo estas tornar-se menos dolorosas e ansiogénicas para os doentes.

As implicações que a ansiedade tem nos outcomes dos doentes e decurso da cirurgia bem como possíveis correlações entre as diferentes variáveis deverão ser também estudadas.

Agradecimentos

Agradeço ao Dr. Humberto Machado, Dr.^a Alice Lopes, Dr.^a Eduarda Matos, Dr. Manuel Seca, Dr. Paulo Lemos e Dr. Paulo Maia pela orientação, revisão crítica e apoio prestado na elaboração deste projecto.

Agradeço também à família, aos amigos e ao André pelo apoio incondicional.

Agradeço ainda a todos os profissionais dos Serviços de Cirurgia de Ambulatório, Cirurgia Geral e Cirurgia Vasculuar pelo carinho com que me acolheram e apoio que me prestaram durante a realização do trabalho.

Agradeço igualmente aos doentes por me terem permitido a recolha de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direcção Geral de Saúde - Definição de Cirurgia de Ambulatório. [consulta a 10 de Abril de 2011]. Disponível em URL: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/SGLC/Licenciamento/%C3%81reas/Unidades%20Privadas%20Sa%C3%BAde%20com%20Internamento/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20espec%C3%ADfica>
2. Toftgaard C, MPM, Gerard P. International Terminology in Ambulatory Surgery. In Day Surgery - Development and Practice. (Lemos P, Jarret P, Philip B, ed) 2006; pp 35-59. 1st Edition. London, UK.
3. Sebastiani RW, Maia EMC. Contribuições da psicologia da saúde hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. Acta Cirúrgica Brasileira 2005; Vol 20, Supl nº 1: 50-55.
4. Taylor-Loughran AE, O'Brien M, LaChapelle R, Rangel S. Defining characteristics of nursing diagnoses fear and anxiety: a validation study. Applied Nursing Research 1989: 2178-2186.
5. Calvin RL, Lane PL. Perioperative uncertainty and state anxiety of orthopaedic surgical patients. Orthopaedic Nursing 1999; 18(6): 61-66.
6. Leach M, Zernike W, Tanner S. How anxious are surgical patients? Australian College of Operating Room Nurses' Journal 2000; 13(1):28-35.
7. Lee A, Gin T. Educating patients about anaesthesia: effect of various modes on patients' knowledge, anxiety and satisfaction. Current Opinion in Anaesthesiology 2005; 18(2):205-208.
8. Mitchell M. Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. Journal of Advanced Nursing 2008; 64:261-271.
9. Allen AJ, Leonard H, Swedo SE. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:976-86.
10. Swedo SE, Leonard HL, Allen AJ. New developments in childhood affective and anxiety disorders. Curr Probl Pediatr 1994;24:12-38
11. Silva DR. O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). In: Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa. (Gonçalves MM, Simón MR, Almeida LS, Machado C, ed) 2003; Volume 1. Coimbra: Quarteto Editora.
12. Spielberger CD, Sydeman SJ. State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. In: The Use of psychological tests for treatment planning and outcome assessment (Maruish M, ed) 1994; pp292-321. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
13. Yager J, Gitlin MJ. Clinical Manifestations of Psychiatric Disorders. In Comprehensive Textbook of Psychiatry (Sadock BJ, Sadock VA, ed) 2005; pp 964-994. 8th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

14. Koscielniak-Nielsen ZJ, Rotbøll-Nielsen P, Rassmussen H. Patients' experiences with multiple stimulation axillary block for fast-track ambulatory hand surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2002; 46(7):789-793.
15. Matthey PW, Finegan BA, Finucane BT. The public's fears about and perceptions of regional anesthesia. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2004; 29(2):96-101.
16. Jakobsen VH, Fagermoen MS. Environmental factors in the operating theatre and their impact on patients' preoperative anxiety (Norwegian). *Tidsskrift For Sykepleieforskning* (2005); 7(4):4-17.
17. Mitchell M. Patient anxiety and conscious surgery. *Journal of Perioperative Practice* 2009; 19(6):168-173.
18. Boker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anaesthesia* 2002; 49 (8):792-798.
19. Andrewes D, Camp K, Kilpatrick C, Cook M. The assessment and treatment of concerns and anxiety in patients undergoing presurgical monitoring for epilepsy. *Epilepsia* 1999; 40(11):1535-1542.
20. Montgomery GH, Bovbjerg DH. Presurgery distress and specific response expectancies predict postsurgery outcomes in surgery patients confronting breast cancer. *Health Psychology* 2004; 23(4):381-387.
21. Osborn TM, Sandler NA. The effects of preoperative anxiety on intravenous sedation. *Anesthesia Progress* 2004; 51(2):46-51.
22. McIntyre L, McIntyre S. State Trait Anxiety Inventory (STAI). Versão de Investigação. Universidade do Minho 1995.
23. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI: Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
24. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45:298 –307.
25. Masood J, Asim M, Sabih M, Zeeshan K. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences* 2007; 12(2):145-148.
26. Perry F, Parker RK, White PF, Clifford A. Role of psychological factors in postoperative pain control and recovery with patient-controlled analgesia. *Clin J Pain* 1994; 10:57-63.
27. Chapman CR, Cox GB. Anxiety, pain, and depression surrounding elective surgery: multivariate comparison of abdominal surgery patients with kidney donors and recipients. *J Psychosom Res* 1977; 21:7-15.

28. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, et al. Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia* 2001; 56:720–728.
29. Domar AD, Everett LL, Keller MG. Preoperative anxiety: is it a predictable entity? *Anesth Analg* 1989; 69:763–767.
30. Badner NH, Nielsen WR, Munk S, Kwiatkowska C, Adrian WG. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth* 1990; 37:444–447.
31. Weinstock LS. Gender differences in the presentation and management of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:9–13.
32. Grabow L, Buse R. Preoperative anxiety-anxiety about the operation, anxiety about anesthesia, anxiety about pain? *Psychother Psychosom Med Psychol* 1990; 40:255-63.
33. Christoph HK, Christoph H, Felix A, et al. The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement of Preoperative Anxiety and Detection of Patients' Anesthetic Concerns. *Anesth Analg* 2000; 90:706-12.
34. Wells JK, Howard GS. Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: effects of a stress inoculation procedure. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54:831-835.
35. West R, Hajek P. What happens to anxiety levels on giving up smoking. *Am J Psychiatry* 1997; 11:1589-1592.
36. Caumo W, Broenstrub JC, Fialho L, Petry SMG, Brathwait O, Bandeira D et al. Risk factors for postoperative anxiety in children. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000; 44:782–789.
37. Melamed BG, Siegel LJ. Children's reactions to medical stressors: an ecological approach to the study of anxiety. In: *Anxiety and Its Disorders* (Tuma A, Master J, ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum & Associates 1985; 369–386.
38. Shafer A, Fish MP, Gregg KM, et al. Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesth Analg*. 1996; 83:1285-91.
39. Marister P, Jacó FS, Ariana RSC. Período Trans-operatório de Cirurgia Geral: O cuidado com ênfase nos aspectos emocionais. 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil 2005.
40. Miller SM. Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease: implications for cancer screening and management. *Cancer* 1995; 76:167–77.
41. Evans BJ, Kiellerup FD, Stanley RO, Burrows GD, Sweet B. A communication skills programme for increasing patients' satisfaction with general practice consultations. *Br J Med Psychol* 1987; 60: 373–8.
42. Abdulaziz B, Laurence B, Neil D. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anesth* 2002; 49:792-798.

43. Kiyohara LY et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 2004; 59(2):51-56.
44. Ivarsson B, Larsson S, Lührs C, Sjöberg T. Extended written pre-operative information about possible complications at cardiac surgery: do the patients want to know? *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 2005; 28(3):407-414.
45. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 2002; 9th Edition. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
46. Nomura M, Saeki S, Ogawa S, Tai K, Kajiwara K. Preoperative questionnaire survey about anxiety of patients for scheduled operation. *Masui* 2000; 49: 913-9.
47. Penayo U, Kullgren G, Caldera T. Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82:82-85.
48. Cheng TA. Psychosocial stress and minor psychiatric morbidity: a community study in Taiwan. *J Affect Disord* 1989; 17:137-152.
49. Mathews A, Ridgeway V. Personality and surgical recovery: a review. *British Journal of Clinical Psychology* 1981; 20: 243-60.

ANEXOS

ANEXO IDissertação / Projecto / Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina**Título do trabalho:** Avaliação de Expectativas e Grau de Ansiedade Pré e Pós-operatórias em
Cirurgia de Ambulatório: estudo de doentes de Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular**QUESTIONÁRIO****1 – Sexo:**Masculino Feminino **2 – Idade (anos):** ____**3 – Estado Civil:**Solteiro/a Casado/a Divorciado/a União de Facto Viúvo/a **4 – Escolaridade:**Analfabeto/a 1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Secundário Ensino Superior **5 – Actividade Profissional:**Empregado por conta própria Empregado por conta de outrem Desempregado/a Reformado/a Estudante **6 – Hábitos:**Tabagismo Alcoolismo

Drogas

- Inaladas - Endovenosas Nenhum **7 – Experiência Hospitalar/Cirúrgica:**Inexistente Noutro hospital Na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do HSA **7.1 – Se existente:**Boa Má **8 – Anestésias prévias?**Sim Não

8.1 – Se sim:

8.1.1 Nº de vezes:

- 1 - 2
- 3 - 4
- >4
- Não sabe

8.1.2 Técnica Anestésica:

- Anestesia Geral
- Anestesia Loco-Regional
- Sedação
- Não sabe

9 – Má experiência com anestesia?

- Sim, por dor mal controlada
- Sim, por náuseas e vômitos no pós-operatório
- Sim, por frio
- Sim, por outra razão
- Não

10 – Uso de tranquilizante:

- Nunca
- Às vezes
- Regularmente

11 – Tomou tranquilizantes nas últimas 24h?

- Sim
- Não

12 – Tempo de espera para cirurgia:

- < 3 meses
- 3-6 meses
- 6-12 meses
- > 12 meses

13 – Tempo de espera no dia da cirurgia:

- < 60 minutos relativamente à hora marcada
- 60-120 minutos relativamente à hora marcada
- > 120 minutos relativamente à hora marcada

14 – Disfunção familiar:

- Grande alteração da rotina diária familiar motivada pela cirurgia
- Pequena alteração da rotina diária familiar motivada pela cirurgia

15 – De 1 a 10 refira qual o grau de informação clínica pré-operatória, sendo 1 nenhuma e 10 excelente: ____

16 – Tipo de Cirurgia:

- Geral
- Vascular

16.1 – Se Cirurgia Geral:

- Hérnia inguinal unilateral
- Hérnia Inguinal bilateral
- Colecistectomia
- Outra

16.2 – Se Cirurgia Vascular:

- Varizes
- Outra

17 – Patologias Associadas (outras doenças além da que motiva a cirurgia):

- 17.1 Cardiovascular Sim Não
17.2 Respiratória Sim Não
17.3 Endócrina Sim Não
17.4 Metabólica Sim Não
17.5 Renal Sim Não
17.6 Digestivo Sim Não
17.7 Osteoarticular Sim Não

18 – Tem patologia Psiquiátrica?

- Sim e tomo medicação
Sim, mas não tomo medicação
Não
Não, mas já tive

19 – Tem problemas de Ansiedade?

- Sim e tomo medicação
Sim, mas não tomo medicação
Não
Não, mas já tive

20 – ASA:

- I
II
III
IV

21 – Consulta de Anestesia Prévia:

- Sim
Não

22 – Técnica Anestésica:

Anestesia Geral:

- Midazolam Sim Não
- Propofol Sim Não
- Halogenado Sim Não
- Opióide Sim Não
- Outro Sim Não

Anestesia Loco-Regional:

- Opióide Sim Não
- Midazolam Sim Não
- Outro Sim Não

Sedação:

- Midazolam Sim Não
- Propofol Sim Não
- Outro Sim Não

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Desenvolvido por Charles Spielberger
em colaboração com R.L. Gorush, R. Lushene, P. R. Vagg, e G. A. Jacobs
Traduzido por
Teresa McIntyre, M. A., e Lurdes Barros, LICSW
Copyright 1988
STAI Form Y-1

Data: __/__/____

Idade: _____

Sexo: M ___ F ___

Instruções: Abaixo encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois ponha uma cruz no número à direita para indicar como se sente **agora**, isto é, **neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente agora.

	DE MODO NENHUM	UM POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO
1. Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (a) ou livre de perigo	1	2	3	4
3. Sinto-me tenso (a)	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado (a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me transtornado (a)	1	2	3	4
7. Presentemente estou preocupado (a) com coisas más que possam acontecer	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado (a)	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante em mim próprio (a)	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13. Sinto-me agitado (a)	1	2	3	4
14. Estou indeciso (a)	1	2	3	4
15. Sinto-me repousado (a)	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Sinto-me preocupado (a)	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso (a)	1	2	3	4
19. Sinto-me firme	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAI Form Y-2

Data: __/__/____

Instruções: Abaixo encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois ponha uma cruz no número à direita para indicar como se sente **geralmente**, isto é, **a maior parte do tempo**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente geralmente.

	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEM ENTE	QUASE SEMPRE
21. Sinto-me bem	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso (a) e inquieto (a)	1	2	3	4
23. Estou satisfeito comigo próprio (a)	1	2	3	4
24. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
25. Sinto que sou um fracasso	1	2	3	4
26. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
27. Sinto-me calmo (a), refrescado (a) e composto (a)	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades se estão a acumular de tal modo que não posso vencê-las	1	2	3	4
29. Preocupo-me demasiado com coisas que realmente não importam	1	2	3	4
30. Sou feliz	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos incomodativos	1	2	3	4
32. Não tenho confiança em mim próprio (a)	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro (a) ou livre de perigo	1	2	3	4
34. Faço decisões com facilidade	1	2	3	4
35. Sinto-me inadequado (a)	1	2	3	4
36. Sinto-me contente	1	2	3	4
37. Vêm-me à cabeça pensamentos que não são importantes e me incomodam	1	2	3	4
38. Fico tão sentido (a) com desapontamentos que não consigo deixar de pensar neles	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa firme	1	2	3	4
40. Fico tenso (a) ou transtornado (a) quando penso nos meus interesses e preocupações mais recentes	1	2	3	4