UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL E ESPECIALIZADA

ANSIEDADE E ANGIOPLASTIA CORONÁRIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA
(ACTP): UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. EUGÊNIA VELLUDO VEIGA

ORIENTANDA: DANIELA SARRETA IGNACIO

RIBEIRÃO PRETO

- 2004 -

DANIELA SARRETA IGNACIO

**ANSIEDADE E ANGIOPLASTIA CORONÁRIA TRANSLUMINAL
PERCUTÂNEA (ACTP):
UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação inserida na linha de pesquisa:
“Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e
crônico-degenerativas”, apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre.

Orientador: Prof^a Dr^a Eugênia Velludo Veiga

RIBEIRÃO PRETO

- 2004 -

Ignácio, Daniela Sarreta

Ansiedade e angioplastia coronária transluminal percutânea (ACTP): uma contribuição para a enfermagem. Ribeirão Preto, 2004.

250p.: il; 30 cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Departamento de Enfermagem Geral e Especializada.

Orientador: Veiga, Eugênia Velludo

1. Ansiedade. 2. Angioplastia coronariana. 3. Isquemia cardíaca.

Daniela Sarreta Ignácio

Ansiedade e angioplastia coronária transluminal percutânea (ACTP): uma
contribuição para a enfermagem

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Fundamental

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de
Enfermagem Geral e Especializada Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo

Data da defesa: 28/ 06/ 2004

Julgamento _____ **Assinatura:** _____

Prof^a Dr^a Eugênia Velludo Veiga

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Orientadora

Julgamento _____ **Assinatura:** _____

Prof^a Dr^a Roberta C. R. Colombo

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Julgamento _____ **Assinatura:** _____

Prof^a Dr^a Emília Campos de Carvalho

Prefeita do *Campus* de Ribeirão Preto da USP; Professora Titular do Departamento de
Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo.

DEDICATÓRIA

À minha família e às demais pessoas que estiveram presentes neste processo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, de onde tirei forças para me manter no caminho. À minha orientadora, **Prof^a Dr^a Eugênia Velludo Veiga**, que aceitou o desafio de trabalhar um tema amplo e subjetivo, acreditando em minhas potencialidades e mostrando que o caminho a ser percorrido é longo, mas extremamente rico e próspero.

À **Prof^a Dr^a Emília Campos de Carvalho**, que deu apoio e orientação sobre questões desconhecidas pela pesquisadora, de forma amiga e generosa.

À **minha família** que soube compreender os muitos momentos de ausência e os de irritação, com generosidade, em prol de algo maior: a ciência e o futuro.

Ao **Guilherme de Farias Shiraishi**, estatístico, que auxiliou a construção metodológica do estudo, deu apoio, paz e esperanças. Alguém muito especial.

A **Laila Brigitte**, responsável pelos momentos de descontração forçada, pela companhia silenciosa e feliz na solidificação do estudo.

Ao **Fernando Ignácio Ribeiro**, prova real de que a vida se renova e sempre será capaz de nos surpreender.

Aos **funcionários, clientes e amigos do Setor de Cardiologia**, essenciais a execução do trabalho.

EPÍGRAFE

“O conhecimento alcançado deve ser considerado conjectural, falível e incompleto. Deve ser sempre questionado; porque se acharmos que atingimos um conhecimento último e definitivo, se acharmos que chegamos à verdade, deixaremos de ser críticos. Devemos sempre admitir nossa ignorância e, portanto, a necessidade de novas hipóteses para resolver os problemas ainda pendentes”

(Antônio Egídio Nardi, 1998)

RESUMO

IGNACIO, D. S.; **Ansiedade e Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea (ACTP):** uma contribuição para a enfermagem. [Dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004. 300p.

Estudo descritivo, desenvolvido por método de estudo de caso, de múltiplos casos, enfocando o fenômeno da ansiedade. Objetivos: identificar a presença e quantificar o nível de ansiedade em cardíacos isquêmicos antes e após, dez minutos, das orientações ao procedimento de angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP); mensurar o nível de ansiedade desses clientes, dez minutos antes do indivíduo entrar em sala de procedimentos para sua realização, e identificar a presença de sintomas de ansiedade. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com coleta de dados realizada por demanda espontânea conforme conveniência do pesquisador. A amostra compôs-se de vinte sujeitos cardíacos isquêmicos, adultos, encaminhados via Sistema Único de Saúde ao primeiro procedimento de ACTP. Composto por observação participativa e três momentos de mensuração da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e aplicação do Inventário de Ansiedade Traço–Estado de Spielberger (IDATE) para Estado, no primeiro momento

também foi aplicado o IDATE–Traço. Para obtenção dos resultados aplicou-se métodos de análise estatística simples. Os resultados encontrados foram que a pressão arterial sistólica se manteve acima dos valores limites, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, nas três etapas em mais de 60% dos casos, sendo realizado o tratamento anti-hipertensivo; os padrões observados para frequência cardíaca se mantiveram na faixa de normalidade para 85% dos casos, porém, em 70% dos casos faziam-se uso associado de betabloqueadores; a frequência respiratória mostrou-se ascendente durante o evoluir das etapas, com taquipnéia em 50% dos casos no segundo momento e em 70% no terceiro momento. Os valores, segundo categorização do IDATE, tiveram as médias do estado de ansiedade em faixa moderada nos três momentos, sendo que entre o segundo e terceiro momentos houve variação de, mais ou menos, seis pontos, levando alguns clientes ao nível elevado. Para ansiedade traço a faixa também foi moderada. As orientações de enfermagem realizadas por cinco profissionais diferentes produziu, em 60% dos clientes, aumento da pontuação do IDATE, sendo percebido e relatado por alguns como aumento do nervosismo após as orientações. O conteúdo das observações demonstra que comportamentos característicos à ansiedade foram mantidos em todos os clientes, tendo maior número e variedade sem relação ao tempo de espera. Conclui-se que a ansiedade, provocada pela ACTP, já vem alterada (moderada), mantendo-se ou agravando-se ao longo da espera, e as orientações de enfermagem não produzem a redução da ansiedade, em alguns casos a eleva mais. Mesmo utilizando medicações anti-hipertensivas, os clientes desenvolvem hipertensão leve a severa, acompanhada por elevação da frequência respiratória e manutenção da frequência cardíaca na normalidade nos três momentos. O ambiente ao qual o indivíduo é exposto contribui para desencadear ansiedade, agravando-a também. Considera-se a amostra do estudo pequena, permitindo apenas a generalização naturalística. Expôs-se a realidade

vivida pelo cardíaco, suscitando novos questionamentos e demonstrando a necessidade de intervenções ambientais locais. Espera-se com este trabalho o desencadear de outros estudos com populações maiores, aprofundando-se na compreensão da ansiedade.

Palavras – chave: ansiedade, angioplastia coronariana, isquemia cardíaca e procedimento invasivo.

ABSTRACT

IGNACIO, D. S.; **Anxiety and Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA):** A contribution to nursing. [Dissertation] Ribeirão Preto (SP): Ribeirão Preto School of Nursing at the University of São Paulo; 2004. 300p.

This descriptive study was developed by means of the case study method, of various cases, focusing the anxiety phenomena. Goals: identify the presence and qualify the level of anxiety in ischemic cardiac patients before and after (ten minutes) giving out instructions about the procedure of the percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA); measure the level of anxiety of these clients ten minutes before they entered in the procedure room for its completion. The Research Ethics Committee approved this study, and data collection was performed through spontaneous demand according to researcher's convenience. The sample: considered of twenty ischemic cardiac patients, all adults, which had been forwarded by the Single Health System for the first PTCA procedure. The study was compound which a structured participative observation and three moments for measuring arterial pressure, cardiac and respiratory frequency, and the application of Spielberger's (STAXI) State-Trait Anxiety Inventory. In the first moment

there was also the application of the STAXI-Trait. Methods of simple statistical analysis were used to obtain the results. Results: showed that the systolic arterial pressure was maintained above limit values, according to the Cardiology Brazilian Society, in all three moments for more than 60% of the cases, anti-hypertensive treatment was performed; the observed standards for cardiac frequency were kept within the normality rank for 85% of the cases, however, 70% of the individuals from the sample made use of beta-blockers; the respiratory frequency showed to rise during the evolution of the moments. With increased respiration rate in 50% of the cases in the second moment and 70% in the third. The values, according to the score and categorization of STAXI, had the measures of state of anxiety in a moderate rank in the three moments, being that there was a variation between the second and third moments of up to approximately six points, which led some clients to wrong level. For trait anxiety, the rank was also moderate. The nursing instructions were performed by five different professionals and produced an increase of STAXI pontuaction in 60% of the clients. This was observed and reported by some as an increase of nervousness after the instruction. The content of the observations shows that the characteristic behaviors related to anxiety were maintained in all clients, with a higher number and variety disproportional to the waiting time. The study allows us to conclude that the anxiety caused by PTCA is already altered (moderate), and is kept at this level or worsens during the waiting period, and the nursing instructions do not make this anxiety decrease, and, in some cases, it even increase. Despite using anti-hypertensive medication, the clients develop slight to severe hypertension accompanied by an elevation of respiratory frequency and maintenance of cardiac frequency at normal rates from the first to the third moment. The environment to which the individual is exposed contributes to the manifestation of anxiety, worsening it was well. The study's sample is considerate to be

small, allowing only the naturalistic generalization. The really experienced by cardiac patient has been exposed, raising new questionings and showing the need for local environmental interventions. It is hoped to, through this study, incite new studies with larger populations, increasing the comprehension of anxiety.

Keywords: anxiety, coronary angioplasty, cardiac ischemy, invasive procedure.

RESUMEN

IGNACIO, D. S.; **Ansiedad y Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea (ACTP):** una contribución para la enfermería. [Disertación] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermaria de Ribeirão Preto de la Universidade de São Paulo, 2004. 300p.

Estudio descriptivo. Desarrollado por método de estudio de caso, de múltiples casos, enfocando el fenómeno de la ansiedad. Objetivos: Identificar la presencia y cuantificar el nivel de ansiedad en cardíacos isquémicos antes y diez minutos después de las orientaciones al procedimiento de angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP); mensurar el nivel de ansiedad de estos clientes diez minutos antes del individuo entrar en la sala de procedimientos para su realización. Aprobado por el *Comité de Ética em Pesquisa*, con coleta de datos realizada por demanda espontánea conforme la comodidad Del investigador. La muestra de veinte sujetos cardíacos isquémicos, mayores, encaminados por el *Sistema Único de Saúde* al primer procedimiento de ACTP. El estudio fue realizado observaciones participante estructurada y con tres momentos en las cuales se realizó la mensuración de la presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria y aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger para estado, en lo

primero momento también fue aplicado el Inventario-Rasgo. Para obtención de los resultados se aplicaron métodos de análisis estadística sencilla. Los resultados encontrados fueron que la presión arterial sistólica se mantuvo arriba de los valores límites, según la Sociedad Brasileña de Cardiología, en los tres momentos, en más de 60% de los casos, siendo realizado el tratamiento anti-hipertensivo; los padrones observados para frecuencia cardíaca se mantuvieron en la normalidad para 85% de los casos. Pero, en la muestra, 70% de los individuos hacían uso asociado de beta-bloqueadores; la frecuencia respiratoria se enseñó ascendente durante el desarrollo de los momentos, con taquinea en 50% de los casos en lo segundo momento y en 70% en lo tercero momento. Los valores, según score e categorización de IDATE, tuvieron medias moderadas del estado de ansiedad en los tres momentos, siendo que entre lo segundo y lo tercero momento hubo variación de hasta, más o menos, seis puntos, llevando algunos de los clientes al nivel elevado. Para ansiedad-rasgo la cinta fue también moderada. Las orientaciones de enfermería realizadas por cinco profesionales distintos, produjeron en 60% de los clientes un aumento de la puntuación del IDATE, siendo percibido y relatado por algunos como aumento del nerviosismo después de las orientaciones. El contenido de las observaciones demuestra que comportamientos característicos de la ansiedad fueron mantenidos en todos los clientes, y posee mayor número y variedad desproporcional al tiempo de espera. Concluyese que la ansiedad provocada por la ACTP ya es alterada (moderada), manteniéndose o agravándose a lo largo de la espera, y las orientaciones de enfermería no producen la reducción de esa ansiedad y, en algunos casos, hasta puede elevarla más. Aún utilizando medicinas anti-hipertensivas, los clientes desarrollan desde hipertensión leve hasta la severa, acompañada por la elevación de la frecuencia respiratoria y mantenimiento de la frecuencia cardíaca en la normalidad de la primero momento. El ambiente a lo cual el individuo es expuesto

contribuye para desencadenar ansiedad, así como también agravarla. Considerase: la muestra de estudio pequeña, permitiendo solamente la generalización naturalística. Se expone la realidad vivida por el cardíaco, suscitando nuevos cuestionamientos y demostrando la necesidad de intervenciones ambientales locales. Esperase con este trabajo el desencadenar de otros estudios con poblaciones mayores, profundando la comprensión de la ansiedad.

Pallabras-llaves: ansiedad, angioplastia coronaria, isquemia cardíaca y procedimiento invasivo.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos estudados (n = 20) em diferentes níveis de ansiedade - traço, de acordo com a faixa etária, o sexo e o nível de escolaridade. RIBEIRÃO PRETO, 2003 – 2004.....	158
Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos estudados (n = 20) de acordo com os valores obtidos na aplicação do Inventário de ansiedade – estado de Spielberger (1973) e sua respectiva categorização por níveis de ansiedade. RIBEIRÃO PRETO, 2003 – 2004.....	161
Tabela 3 - Frequência dos assuntos abordados durante espera pelas orientações de enfermagem quanto ao procedimento de ACTP, por sexo. RIBEIRÃO PRETO, 2003 - 2004 (n = 20).....	174
Tabela 4 - Frequência dos comportamentos e sentimentos apresentados pelos sujeitos (n = 20) após as orientações para angioplastia coronariana transluminal percutânea, segundo o profissional de enfermagem responsável. RIBEIRÃO PRETO, 2003 – 2004.....	175
Tabela 5 - Distribuição dos sujeitos estudados (n = 20) de acordo com os grandes grupos ocupacionais da Classificação Brasileira de Ocupações (2002) e o sexo. RIBEIRÃO PRETO, 2003-2004.....	195
Tabela 6 - Distribuição dos sujeitos estudados (n = 20), de acordo com a escolaridade e o sexo. RIBEIRÃO PRETO, 2003-2004.....	195
Tabela 7 - Distribuição dos sujeitos estudados (n = 20) segundo a presença de etilismo e tabagismo, por sexo e faixa etária. RIBEIRÃO PRETO, 2003-2004.....	199

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Respostas à ansiedade, em categorias, conforme o tipo de alteração provocada no indivíduo; segundo Carpenitto, 1999; NANDA, 2001; Stuart e Laraia, 2002.....	113
Quadro 2 - Fatores de interferência no tempo de espera e possibilidade de realização da ACTP, conforme observação do pesquisador e relato dos funcionários do setor.....	166
Quadro 3 - Frequência dos comportamentos e sentimentos apresentados pelos sujeitos (n = 20) após as orientações para angioplastia coronariana transluminal percutânea, segundo o profissional de enfermagem responsável. RIBEIRÃO PRETO, 2003 – 2004.	167
Quadro 4 – Categorias, conforme conteúdo observado, das orientações de enfermagem sobre o procedimento de angioplastia coronariana transluminal percutânea.....	179

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Coeficiente de mortalidade por DIC, segundo sexo e idade, em 1995. Comparativo entre Brasil e Estados Unidos, em taxas por 100.000 habitantes.....	16
Figura 2 - Organograma das relações fisiológicas existentes entre a oclusão coronariana e a ativação do sistema nervoso simpático e suas conseqüências no sistema cardiocirculatório	30
Figura 3 - Prevalência, segundo sexo e tipo de transtorno ansioso em três cidades brasileiras, no ano de 1996.....	36
Figura 4 - Organograma de composição do estudo, segundo o desenvolvimento do mesmo.....	67
Figura 5 - Categorias estabelecidas conforme os temas abordados em todas as orientações de enfermagem, correspondendo ao grupo de itens a serem trabalhados em cada uma das orientações, individualmente.....	177
Figura 6 – Gráfico de distribuição dos sujeitos (n = 20) submetidos a angioplastia coronária, segundo sexo e estado civil.RIBEIRÃO PRETO 2003-2004.....	192

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	v
AGRADECIMENTOS	vi
EPÍGRAFE	vii
RESUMO	viii
ABSTRACT	xi
RESUMEN	xiv
LISTA DE TABELAS	xvii
LISTA DE QUADROS	xviii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xix
SUMÁRIO	xx
1 - APRESENTAÇÃO	1
2 - INTRODUÇÃO	4
2.1 - As doenças cardiovasculares	8
2.2 - Angioplastia coronária transluminal percutânea	22
2.2.1 - Alterações cardiovasculares e ansiedade: suas interações	27
2.3 - A ansiedade	31
3 - OBJETIVOS	53
4 - DESENHO METODOLÓGICO	54
4.1 - A escolha do método	55
4.2 - O fenômeno em estudo	64

5 - METODOLOGIA	70
5.1 - Local do estudo	70
5.2 - Sujeitos	79
5.3 - Critérios de inclusão	79
5.3 - Processo de amostragem e determinação do tamanho amostral	80
5.4 - Coleta de dados	82
5.4.1 - Instrumentos de coleta de dados.....	82
5.4.2 - Procedimento da coleta de dados	88
5.4.3 - Registro das informações	96
5.5 - Aspectos éticos.....	98
5.6 - Fatores de interferência no fenômeno em estudo.....	100
5.6.1 - Escores do IDATE	106
5.7 - Análise e tratamento dos dados.....	109
6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	114
6.1 - Analisando os casos	114
6.1.1 - Caso 1	115
6.1.2 - Caso 2.....	118
6.1.3 - Caso 3.....	120
6.1.4 - Caso 4.....	122
6.1.5 - Caso 5.....	124
6.1.6 - Caso 6.....	127
6.1.7 - Caso 7.....	129
6.1.8 - Caso 8.....	130
6.1.9 - Caso 9.....	132
6.1.10 - Caso 10.....	134
6.1.11 - Caso 11	136
6.1.12 - Caso 12.....	137
6.1.13 - Caso 13.....	139
6.1.14 - Caso 14.....	141
6.1.15 - Caso 15.....	142
6.1.16 - Caso 16.....	144

6.1.17 - Caso 17.....	145
6.1.18 - Caso 18.....	146
6.1.19 - Caso 19.....	148
6.1.20 - Caso 20.....	149
6.2 - Resultados relacionados ao IDATE para os casos	151
6.3 - Resultados relacionados ao IDATE para os sujeitos.....	156
6.4 - O tempo de espera para a ACTP	163
6.5 - Os comportamentos observados.....	166
6.5.1 - Assuntos abordados durante a espera.....	170
6.6 - Orientações sobre a ACTP	177
6.6.1 - Reação dos casos ao orientador.....	181
6.6.2 - Variações dos sinais vitais	186
6.6.3 - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos.....	190
6.6.4 - Fatores de risco para DAC	201
6.6.5 - Caracterização do ambiente	210
7 - CONCLUSÕES.....	217
8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	220
9 - REFERÊNCIAS	222
10 - APÊNDICES	238
11 - ANEXOS.....	251

1 - APRESENTAÇÃO

A experiência deste pesquisador dentro da área de enfermagem em cardiologia, adquirida durante o Curso de Especialização em Enfermagem Clínico Cirúrgica - Área de Cardiologia: Modalidade Residência, no período de 2000 a 2002, realizado junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, somados a três meses como enfermeiro em Unidade de Cuidados Intensivos junto à Divisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, levou-o a identificar a presença, não rara, de questões relacionadas à ansiedade junto ao cliente que será submetido à avaliação cardiovascular, em toda e qualquer esfera de atendimento, ambulatorial ou hospitalar.

Sobretudo observou-se, nesse mesmo período, que a questão ansiedade agrava-se com maior intensidade quando se tratava de procedimentos, denominados invasivos, que seriam realizados especificamente no coração como o cateterismo cardíaco e angioplastia coronariana. Algumas situações chegavam até a ser fatores desencadeantes de alterações clínicas importantes como episódios de infarto agudo do miocárdio.

Ao buscar compreender a importância da ansiedade na preservação da espécie, ao longo da evolução humana, e das alterações ambientais provocadas pelo homem no meio e

nas formas de relação estabelecidas por ele, identifica-se que: o que um dia foi fundamental para assegurar sua sobrevivência, hoje se torna ameaçador para a mesma.

Ou seja, quando a ansiedade se mostra em um nível mais elevado por tempo maior tem, sobretudo, contribuído para o comprometimento de funções consideradas básicas para a atualidade, como aprendizagem, raciocínio, rapidez e eficiência.

Ainda, ao observar o universo em que se habita, nos dias de hoje, onde existe competitividade e pressão por busca de resultados cada vez melhores e mais rápidos, utilizando-se de menor custo, onde o lema principal é que vença o melhor, produzem situações de ansiedade constante no cotidiano de seus habitantes. A estimulação simpática, mediada por neuro-hormônios, liberados na circulação sanguínea (tão veiculada pelos meios de comunicação como adrenalina) é decorrente de um sistema de pressões subjetivas ou psicológicas (estímulos estressores ou ansiogênicos) que se tornam constantes na vida cotidiana dos indivíduos.

O indivíduo com patologia isquêmica cardíaca (conhecida ou não) já se encontra em desvantagem em relação aos demais, pois, com a estimulação simpática, produzida pelos elementos descritos anteriormente, há aumento na atividade cardíaca, que exige do sistema circulatório aumento na oferta de suprimentos básicos ao seu funcionamento (oxigênio e nutrientes) o que, em pessoas com algum grau de obstrução nas artérias que irrigam o coração, aumenta a probabilidade de desenvolver um evento cardíaco isquêmico, ao invés de apenas preparar, fisiologicamente, para a luta ou fuga.

Ao considerar a existência de comprometimento no funcionamento do sistema cardiovascular, aliando-se à presença constante da ansiedade (observada pela vivência clínica do pesquisador) entre os clientes internados, ou vinculados ao serviço de cardiologia, surge a preocupação em se determinar os níveis de ansiedade traço e

ansiedade estado presente nos clientes cardíacos e suas interferências em indicadores simples da função cardíaca (pressão arterial e frequência cardíaca), sobretudo, nos indivíduos submetidos a tratamentos invasivos como a Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea. A determinação dos níveis de ansiedade subsidiaria intervenções de enfermagem voltadas para a redução da ansiedade antes e durante o procedimento.

Uma outra questão, também vivenciada, foi a “indiferença”, ou talvez a “não observância”, ou mesmo “certa dificuldade”, encontrada pela equipe multiprofissional vinculada ao sistema de saúde para lidar com as possíveis respostas ansiogênicas, muitas vezes evidenciadas na sua clientela.

Por isso, ao buscar identificar e quantificar os níveis de ansiedade presentes nos indivíduos portadores de doenças isquêmicas, submetidos ao procedimento de angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP), o profissional pode contribuir para o seu entendimento, com a observância e, sobretudo, minimizando as dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional ao lidar com os indivíduos durante esse procedimento, que se torna cada vez mais freqüente em nosso meio.

Sobretudo, reforça-se a importância em realizar este estudo quando se verifica que reportagens veiculadas na imprensa escrita e falada chegam a estimar que, na população mundial, haja cerca de 12 a 16% de pessoas com algum tipo de distúrbio ansioso, segundo De Lima et al. (2004) e que, como primeira causa de morbi-mortalidade no Brasil esteja o grupo das patologias cardíacas isquêmicas (30%) e, no mundo, as patologias cardiovasculares com 61% das causas de óbito (RAMOS; MAGALHÃES, 2000).

2 - INTRODUÇÃO

“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”
(OMS, 1996).

Ao buscar a compreensão de saúde como a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS (1996) apresenta, muitos autores passaram a compreender a doença como qualquer interferência capaz de provocar alteração no estado de bem-estar humano, seja em nível físico, mental ou social, e não somente a ausência de saúde (ATKINSON; MURRAY, 1984; SMELTZER; BARE, 1998; POTTER; PERRY, 1999).

As doenças podem ser divididas em dois grandes grupos: as doenças agudas, aquelas com início abrupto e evolução direcionada para a cura completa, sem acarretar danos estruturais ao(s) órgão(s) acometido(s) durante esse processo e as doenças crônico-degenerativas, classificadas como crônicas por serem patologias de início súbito e que, mesmo após tratamento, não são curadas e sim controladas, e ditas degenerativas por haver em sua decorrência a presença de alterações estruturais e/ou, funcionais no órgão,

que irão afetar a qualidade de vida das pessoas durante o período em que se mantiverem vivas (OMS, 1996; SMELTZER; BARE, 1998).

Aliado a esses fatos observa-se que a literatura traz, ainda em nossos dias, certa dissociação entre o físico e o psíquico na abordagem realizada por grande parte dos profissionais de saúde, muitas vezes com ênfase nas questões biológicas, como é enfatizado pelo próprio modelo biomédico, que desconsidera o holismo (atendimento integral ao homem), que busca englobar todas as suas vertentes (biopsicossocial), conforme apresentado por Giannoti (1998).

Pensando em um atendimento à saúde de forma mais adequada, e baseada na sua própria definição, deve-se voltar para a assistência global de todas as necessidades humanas como meio imperativo no atendimento global da condição humana e assim contemplar a todos os seus aspectos.

No entanto, verifica-se que Smeltzer e Bare (1998), quando expõem as limitações existentes na definição da doença crônica, afirmam que uma pessoa cronicamente doente não pode alcançar os padrões de saúde estabelecidos na definição da OMS. Entretanto, quando se observa através da perspectiva do *continuum* saúde-doença, as pessoas com doenças crônicas podem ser consideradas como tendo o potencial de manter alto nível de bem-estar, caso estejam sendo bem-sucedidas em alcançar seu potencial de saúde dentro dos limites de sua doença crônica.

Por outro lado, Valle (1988) e Corrêa (2001) introduzem a visão de como a doença pode ser vivida pelo ser humano e de suas possíveis repercussões sobre o comportamento do indivíduo afetado, destaca-se a citação de Corrêa (2001):

... É possível... viver a doença com revolta ou resignação, com recusa ou aceitação. Qualquer que seja o modo vivido, com atitudes irracionais e absurdas, ou, conscientes e amadurecidas, autêntica ou inautenticamente, não existe um sujeito e uma doença separados, mas sim um ser que adoece. O adoecer é vivido por este ser como uma experiência pessoal única, uma experiência de desordem, que adquire um sentido específico nesse momento existencial....

Observa-se, ainda, com referência a essas questões, que Smeltzer e Bare (1998) relatam ser a transição entre saúde e doença uma experiência complexa e altamente individualizada, onde lidar com essa situação envolve ações para tentar restaurar o equilíbrio fisiológico, bem como desencadear respostas adaptativas, como: modificar a imagem corporal, o autoconceito e as relações com as pessoas e com o trabalho, e ainda reajustar-se às limitações impostas pelo distúrbio. Destacam que a duração e a qualidade da experiência variam com as diferentes personalidades, com o distúrbio fisiopatológico específico e com as mudanças desencadeadas na vida da pessoa.

Esses autores ainda afirmam que o modo como os indivíduos reagem às condições crônicas é, geralmente, similar à reação a outros eventos experimentados em suas vidas, tanto as respostas como as reações dependem, em parte, do entendimento que o indivíduo tem da sua doença e da percepção do impacto que ela pode causar em si mesmo, em sua família e em seu estilo de vida (SMELTZER; BARE, 1998).

Ao verificar o contexto atual, segundo Lotufo (1993), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, IBGE) 2003 e o DATASUS (BRASIL, 2003), verifica-se o comprometimento da saúde brasileira diante do crescimento numérico estatístico das doenças crônico-degenerativas, suas múltiplas inter-relações e prováveis conseqüências na qualidade de vida do indivíduo. E, principalmente, quando se acrescenta à essas uma

evolução lenta, com sintomas ou incapacidades e que requerem administração a longo prazo, visando seu controle e não a cura (SMELTZER; BARE, 1998).

Dentre essas patologias destacam-se as doenças cardiovasculares, primeiro lugar no que se refere à morbimortalidade, no Brasil. O que muitas vezes implica em “viver com a incerteza”, pois não há como precisar ao cliente seu tempo de evolução ou o modo como ocorrerá.

2.1 - As doenças cardiovasculares

No Brasil, em levantamento realizado por Lotufo (1996), as doenças cardiovasculares foram causa de óbito em, aproximadamente, 300.000 brasileiros ao ano; ou seja, nessa ocasião ocorriam 820 óbitos por dia, ou 34 óbitos por hora, ou um evento fatal a cada dois minutos. Sendo assim, também a principal causa de gastos em assistência médica (16,22%), que implica em 10.74 milhões de dias de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda Lotufo e Lolio (1993) e Sanchez (2000) descrevem que a tendência de mortalidade por doenças cardiovasculares no Estado de São Paulo seria dada pela soma, em números, da doença isquêmica, da hipertensão arterial sistêmica e “outras formas de doenças do coração”, assumindo a liderança com 61,7% dos eventos.

Por outro lado, Chor et al. (1995) e Sanchez (2000) mostram, em estudo sobre mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil, que essas doenças não constituem causa de óbito importante exclusivamente para os indivíduos encontrados nos grupos mais idosos, onde a maior parte ocorre antes dos 65 anos de idade, sendo também importante causa de morbidade entre os jovens. O risco de um jovem de quinze anos morrer antes de completar 60 anos é de 25% para homens e 22% para as mulheres. Esses números representam até duas vezes o mesmo risco nos países desenvolvidos, onde é de 12% para mulheres e de cinco por cento para homens.

Essa realidade ainda permanece nos dias de hoje, onde as estatísticas das doenças cardiovasculares mantêm-se como primeiro grupo em causas de morte, segundo DATASUS (BRASIL, 2003).

Dessa forma, aprofundar o conhecimento sobre a distribuição dessas doenças na população pode contribuir sobremaneira com a prevenção, tratamento, controle e retardo no aparecimento de suas conseqüências (FONSECA; LAURENTI, 2000).

Autores como Reddy e Yusuf (1998) e Guimarães et al. (2000) afirmam que, no final do século XX, coexistiu uma epidemia de doenças cardiovasculares no mundo, onde a principal causa de morbimortalidade foi decorrente da doença arterial coronariana (DAC), o que permanece ainda hoje.

A DAC tem como causa a doença aterosclerótica, que é caracterizada pela formação e conseqüente acúmulo de placas gordurosas nas paredes das artérias, levando ao espessamento evolutivo cada vez maior de gordura, comprometendo o fluxo sanguíneo pela diminuição da luz arterial. A doença aterosclerótica freqüentemente compromete várias artérias no organismo e recebe o nome de DAC, ou doença aterosclerótica coronariana quando acomete as artérias coronárias (DIAMENT; FORTI; GIANNINI., 2000; HIGUCHI; BEZERRA; BENVENUTI, 2001).

Com a finalidade de explicitar a formação das placas ateromatosas, segundo a fisiopatologia da aterosclerose, segundo Higuchi; Bezerra; Benvenuti (2001) e Braunwald; Zipes; Libby (2001), serão descritas as quatro fases de desenvolvimento da placa ateromatosa, sendo seu conhecimento fundamental para a caracterização e reconhecimento da existência de placa vulnerável.

Lesões coronárias iniciais ou tipo I: podem não ser vistas a olho nu e se caracterizam por aumento no número de macrófagos e pelo surgimento de macrófagos cheios de gordura na camada íntima do leito vascular.

Lesões iniciais tipo II: conhecidas como estrias gordurosas, são lesões possíveis de se ver a olho nu, compostas por camadas de macrófagos e células musculares lisas com pequenas

granulações gordurosas extracelulares. Há o subtipo IIa, em menor, número caracterizada por maior quantidade de matriz extracelular de células musculares lisas e macrófagos, quando comparadas com o subtipo IIb que são mais comuns e progridem menos freqüentemente para lesões avançadas e, se o fizerem, isso se processa de forma mais lenta que as lesões IIa.

Lesões intermediárias ou tipo III: também conhecidas com a denominação pré-ateroma, originam-se principalmente das lesões IIa e se diferenciam dessas por terem maior quantidade de lipídio extracelular, que formam pequenos núcleos lipídicos visíveis a olho nu.

Lesões avançadas, ou tipo IV ou ateroma: possuem núcleo lipídico bastante individualizado dos outros componentes, que é resultante da fusão de diversas ilhotas de gordura das lesões intermediárias, também chamado de centro necrótico, por ter, além de macrófagos e gordura livre, a presença de grandes quantidades de debris celulares.

Lesões avançadas tipo V: há o surgimento de novo tecido fibroso que pode recobrir um centro lipídico, formando uma capa fibrótica e sendo chamados de fibroateromas ou lesões Va. Quando existe a calcificação da capa ou do centro lipídico, a lesão é tipo Vb e se acaso o núcleo lipídico estiver ausente, essa lesão é do tipo Vc.

Lesões complicadas ou tipo VI: compostas por placas complicadas por trombo, fissura, rotura, hemorragia ou erosão. A presença de rotura ou erosão da placa com posterior trombose são as duas formas habitualmente descritas como causadoras de eventos isquêmicos agudos. Isso não se traduz obrigatoriamente em manifestações clínicas, pois pode ser um mecanismo de crescimento rápido da placa devido à organização do trombo.

Conclui-se que as lesões tipo IV ou V são passíveis de complicação, mas lesões iniciais e intermediárias não se complicam e são clinicamente silenciosas. Associado a isso

se sabe que estudos de anatomia patológica têm mostrado dados consistentes de que as placas com grau de estenose elevado, em sua maioria, eram responsáveis por eventos isquêmicos agudos fatais. Não se pode esquecer que, mesmo não sendo responsáveis por eventos isquêmicos fatais, as placas classificadas em níveis abaixo do tipo IV evoluem e assim têm a chance de chegar a desencadear um evento isquêmico, o que as torna objeto de observação e cuidados na tentativa de prevenir tais ocorrências.

Depois do entendimento quanto à formação das placas ateromatosas, que se faz de forma equivalente em qualquer artéria do organismo humano, é necessário conhecer seus fatores predisponentes (ou fatores de risco) que, em associação, fazem com que o processo se instaure.

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento da DAC, Willerson (1995), relata que vários estudos epidemiológicos estabeleceram que a hiperlipidemia, principalmente a hipercolesterolemia, constitui grande fator de risco para aterosclerose prematura. Aproximadamente que um terço dos sobreviventes de IAM com menos de 60 anos de idade possuem alguma forma de hiperlipidemia, definida como níveis séricos de colesterol e/ou triglicérides acima dos valores de controle.

Outros fatores associados incluem hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo, sedentarismo, estresse emocional (ansiedade), idade, sexo, *diabetes mellitus* (DM), história familiar, obesidade, dieta hipergordurosa (gorduras saturadas e colesterol) e hipercalórica, e ingestão excessiva de álcool (VIEIRA, 2000).

No que se refere aos estudos de anatomia patológica e investigações de natureza experimental, clínica e epidemiológica, e àqueles de intervenção demonstraram que, ao controlar os fatores de risco, é possível interferir no desenvolvimento de lesões

ateroscleróticas coronarianas, alterando sua evolução, diminuindo o desencadeamento de eventos clínicos e a conseqüente mortalidade (DIAMENT; FORTI; GIANNINI, 2000).

Entretanto, Moriguchi e Vieira (2000) afirmam que a DAC é multifatorial na sua origem, sendo muito importante considerar todos os seus fatores de risco quando se for determinar a susceptibilidade do indivíduo (risco coronário). Clientes com manifestações clínicas de DAC já apresentam risco elevado para eventos coronarianos subseqüentes que, num período de 10 anos, é superior a 20% e, para muitos, está acima de 40%.

Verifica-se, na prática clínica, que há sempre mais de um fator de risco associado, sejam aqueles que dizem respeito ao estilo de vida como aqueles que são determinadores de alteração orgânica e/ou metabólica. Antecedentes familiares positivos podem levar à potencialização desses fatores e expressão clínica precoce de DAC (DIAMENT; FORTI; GIANNINI, 2000).

A DAC é o principal fator para o desenvolvimento das formas mais comuns de cardiopatia, que podem ser denominadas como: cardiopatias isquêmicas, miocardiopatias isquêmicas, isquemias miocárdicas ou isquemias cardíacas (FONSECA; LAURENTI, 2000).

A DAC é uma das síndromes mais freqüentes em nosso cotidiano. Diante das manifestações clínicas da DAC, destaca-se o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), considerado uma das mais importantes doenças isquêmicas cardíacas, que continua a ser a emergência clínica de maior causa de morbidade e mortalidade cardiovascular no país e no mundo (RAMOS; MAGALHÃES, 2000).

Faz-se importante apresentar a definição do conceito de isquemia, como sendo a denominação inerente à suspensão ou queda na irrigação sangüínea localizada, decorrente de má circulação arterial (FERREIRA, 1999). Considerando o local de acometimento do

fluxo sanguíneo arterial como sendo o tecido cardíaco, então, denomina-se esse tipo de isquemia como isquemia cardíaca ou miocárdica.

De acordo com o apresentado por Higuchi; Bezerra; Benvenuti (2000), as síndromes isquêmicas miocárdicas são desencadeadas, na sua quase totalidade dos casos, pela doença aterosclerótica. No decorrer da vida há mudanças nas artérias coronárias, com formação inicial das lesões ateroscleróticas precocemente, sendo que já nos primeiros oito meses de vida 45% das crianças já têm macrófagos gordurosos em suas artérias, inclusive nas coronárias.

Na isquemia miocárdica, ou cardíaca, situação em que o coração é desprovido de oxigênio adequado, faz com que, ao se analisar um eletrocardiograma, se encontre ondas T com tamanhos maiores e invertidas por alteração e retardo na repolarização cardíaca, ficando a região isquêmica despolarizada, enquanto as demais regiões já retornaram ao estado de repouso. A isquemia também faz com que o segmento ST se altere (SMELTZER; BARE, 1998; PIEGAS; ROSSI-NETO, 2000).

Trabalhando com o conceito de síndromes isquêmicas miocárdicas, teremos, então, um grupo de patologias que têm por base a limitação do fluxo sanguíneo arterial coronariano conseqüente de características funcionais afetadas, que podem ser: *angina pectoris* (em seus vários subtipos), angina instável, infarto agudo do miocárdio e isquemia silenciosa (FONSECA; LAURENTI, 2000).

Uma outra classificação encontrada na literatura diz respeito às patologias que desenvolvem limitação da irrigação sanguínea para o tecido cardíaco, sendo denominadas doenças cardíacas isquêmicas e são todas decorrentes de algum grau de obstrução por DAC.

As síndromes cardíacas isquêmicas (SIC) registraram grande aumento de incidência e mortalidade nas primeiras sete décadas do século retrasado. Atribui-se esse aumento às transições demográficas e epidemiológicas, que foram iniciadas nos países industrializados, há mais de cem anos. A primeira fica caracterizada pela queda na taxa de fecundidade e natalidade, redução das taxas de mortalidade geral e infantil (pelo controle das doenças infecto-parasitárias), levando ao envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida, com decorrente aumento das doenças crônico-degenerativas, o que, no Brasil, começou a ser visto após a década de 1940, com tendência à queda na mortalidade, nas duas últimas décadas do século passado, fato esse alcançado através da divulgação dos conhecimentos sobre a DAC entre os profissionais de saúde e o público em geral, associado à melhoria do atendimento médico ocorrido, especialmente e não exclusivamente, nos grandes centros, contribuindo na redução da mortalidade e evitando crescimento explosivo (FONSECA; LAURENTI, 2000).

Em estudos referentes à mortalidade por SIC questiona-se a qualidade e fidedignidade dos dados, que não são totais, mas aceitáveis, nos registros de óbito. Para o Brasil como um todo, as estatísticas de mortalidade somente são disponíveis a partir de 1977, e a sua cobertura ainda não é completa, embora se tenha avançado desde sua elaboração, associado ao total de causas mal definidas de 16% em 1995. Devido a isso, utiliza-se dados referentes às capitais dos Estados por serem mais completos e de melhor qualidade. No Estado de São Paulo, a cobertura é virtualmente completa com percentual de causas mal definidas, baixo e constante, de 6 a 5% desde 1980 (FONSECA; LAURENTI, 2000).

No período de 1980 a 1995, em São Paulo, as SICs apresentam declínio acentuado da mortalidade, de 23% no sexo masculino e 30% no feminino, e a razão entre as taxas,

pelos sexos, tem os valores femininos equivalentes a dois terços dos masculinos e não à metade como visto nos Estados Unidos (FONSECA; LAURENTI, 2000) em concordância com os dados apresentados a seguir.

Sendo que em 1980 o coeficiente de mortalidade por SIC para homens foi de 216,9 por 100 000 habitantes, enquanto que para as mulheres esse valor esteve em 143,1:100000; cinco anos depois houve diminuição destes valores para 197,6 e 126,7, respectivamente, por 100 000 habitantes, continuando a decrescer no quinquênio seguinte para valores de 178,8 e 113,6, finalizando no ano de 1995 com resultados de 167,1:100000 habitantes do sexo masculino e 1:1 000 habitantes do sexo feminino. Dados esses referentes à população do Estado de São Paulo (BRASIL, DATASUS, 1996 apud FONSECA; LAURENTI, 2000).

O mesmo autor segue a análise da mortalidade distribuindo os casos conforme as faixas etárias e o sexo, para que se conheça melhor o impacto das SIC, para o Brasil e para os Estados Unidos, e assim possa fornecer pistas quanto ao grau de controle das mesmas nas referidas populações. Nos Estados Unidos (EUA), para todas as idades, tem-se um valor de quatro vezes as taxas brasileiras, sendo que nos EUA há maior mortalidade nas faixas etárias acima de 55 anos. Em contrapartida, na faixa etária mais jovem (dos 35 aos 44 anos) as taxas brasileiras são superiores em ambos os sexos e, na faixa etária seguinte, superior no sexo feminino e pouco menor no masculino, indicando o risco de morte prematuro por SIC, no Brasil, dados esses confirmados através de acesso ao *site* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), e descritos conforme a figura 1.

FAIXAS ETÁRIAS (ANOS)	BRASIL			ESTADOS UNIDOS		
	SEXO		AMBOS OS SEXOS	SEXO		AMBOS OS SEXOS
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
35 – 44	26,9	11,2	18,8	25,7	6,9	16,2
45 – 54	95,1	38,1	65,5	107,5	29,4	67,6
55 – 64	223,4	108,4	163,4	312,6	116,8	209,9
65 – 74	484,5	286,3	378,6	770,5	362,8	544,1
75 – 84	1052,5	990,6	1020,1	1824,0	1113,3	1391,2
> 85				4674,4	3948,8	4152,2
Total	52,1	37,6	44,9	190,8	175,9	183,2

Fontes: Brasil: Ministério da Saúde – estatísticas de mortalidade, Brasil (<http://www.datasus.gov.br>).

Estados Unidos: National Center of Health Statistics (<http://www.cdc.gov>).

Figura 1 – Coeficiente de mortalidade por DIC, segundo sexo e idade, em 1995. Comparativo entre Brasil e Estados Unidos, em taxas por 100.000 habitantes

Dados referentes às internações realizadas pelo SUS, em hospitais próprios ou conveniados, no Brasil, fornecem indicações sobre a morbidade ocasionada por cardiopatias, sendo que, em 1996, por DIC e IAM foram 65 516 indivíduos do sexo masculino (8,6%) e 52 545 no sexo feminino (6,9%), totalizando 15,5% do total de internações por patologias cardíacas (LOTUFO, 1996; BRASIL, DATASUS, 2003; FONSECA; LAURENTI, 2000;), onde se pode observar que houve a manutenção do predomínio do sexo masculino, como na mortalidade.

O prognóstico dos pacientes com cardiopatia isquêmica crônica, conforme descrição apresentada por Fonseca e Laurenti (2000), está diretamente relacionado à localização e à extensão das estenoses da artéria coronária fisiologicamente importantes e à função ventricular esquerda.

Prosseguem descrevendo que clientes com estenoses significativas dos três vasos coronários possuem taxa de mortalidade esperada, anual, de seis a oito por cento, se associado a um infarto do miocárdio anterior, a taxa de mortalidade é aumentada. Por outro lado, clientes com acometimento significativo de uma única coronária, em tratamento clínico, têm taxa de mortalidade de dois a três por cento, sendo que clientes com doença da artéria coronária esquerda principal, com estreitamento da luz maior ou igual a 70%, têm prognóstico semelhante ao da doença coronária grave dos três vasos. Na verdade, a maioria dos pacientes com doença arterial coronariana esquerda principal apresenta estenose adicional extensa da artéria coronária.

Os autores concluem que a sobrevida também fica reduzida em indivíduos com fração de ejeção ventricular esquerda menor que 40% e naqueles com ectopia ventricular complexa freqüente e disfunção ventricular esquerda. Considerando os clientes com estenoses significativas de múltiplos vasos coronários, comprometimento da função ventricular esquerda e evidências objetivas de isquemia miocárdica com cargas de trabalho relativamente baixas também apresentam diminuição da sobrevida com tratamento clínico.

Há variação extrema dos sintomas e da progressão das estenoses da artéria coronária entre os pacientes. Em alguns, a angina pode permanecer estável por vários anos. Porém, aproximadamente, 25% dos homens e 12% das mulheres com angina podem esperar um infarto agudo do miocárdio dentro de cinco anos. Na população acima dos 55 anos, a taxa de sobrevida total em cinco anos é de 75% para aqueles com *angina pectoris* estável.

A definição empregue para infarto do miocárdio é de lesão e necrose celular que ocorrem em consequência de isquemia prolongada. O infarto seria secundário à oclusão coronária, grande redução do fluxo sangüíneo para certas regiões do músculo cardíaco ou

ao aumento insuficiente do fluxo sanguíneo coronário em relação à demanda de oxigênio regional durante período de intenso estresse. Na sua maioria, há algum grau de estreitamento da luz coronariana resultante da aterosclerose coronária, mas há exceções. O IAM também pode ser resultante da dissecação da artéria coronária, embolia coronariana, espasmo da artéria coronária, vasculite, origem anômala de uma das artérias coronárias a partir da artéria pulmonar e fístula artério-venosa coronariana congênita (WILLERSON, 1995).

Antman e Braunwald (2001); Smeltzer e Bare (1998); Willerson (1995), descrevem a fisiopatologia do IAM, que será sintetizada neste parágrafo. Trata-se do processo onde o tecido miocárdico é destruído em regiões do coração sem suprimento sanguíneo suficiente, que pode ser decorrente de diminuição do fluxo sanguíneo por estreitamento repentino de artéria coronária, devido à aterosclerose ou obstrução total por êmbolo ou trombo, ou hipotensão, ou hemorragia importante, ou aumento da demanda de oxigênio e nutrientes pelo tecido em virtude de exercício físico intenso ou estimulação autônoma.

As características do IAM são: dor subesternal ou dor precordial (especificamente nas regiões inferior do esterno e abdome superior), que pode se disseminar amplamente pelo tórax, podendo estar presentes incapacidade dolorosa dos ombros e mãos, com duração superior a 15 minutos, ocorre espontaneamente, ou como seqüela de *angina pectoris*, seu início é súbito, pode se agravar gradualmente até se tornar quase insuportável, tendo como características a dor ser violenta, constritiva, em aperto ou pontada ou compressiva; pode irradiar-se para braços e ombros (geralmente braço esquerdo), persiste por horas, ou dias, e não é aliviada pelo repouso ou com o uso de nitroglicerina e pode estar também associada à aceleração da respiração, palidez, sudorese fria e pegajosa, lipotímia, confusão mental e náuseas e vômitos (WILLERSON, 1995;

SMELTZER; BARE, 1998; PFEFERMAN; VIECELLI, 2000; PIEGAS; ROSSI-NETO, 2000; BRAUNWALD; ZIPES; LIBBY, 2001).

Já, eletrocardiograficamente, temos o infarto do miocárdio ou ataque cardíaco, como é popularmente conhecido, classificado em dois tipos: com onda Q, há o aparecimento de ondas Q anormais dentro de um a três dias, pois não existe corrente de repolarização conduzida a partir do tecido necrótico e porque correntes opostas fluem de outras partes do coração; já no infarto sem onda Q, a alteração do seguimento ST e da onda T não é seguida da formação de uma onda Q anormal, mas de sintomas e enzimas cardíacas aumentados (SMELTZER; BARE, 1998; PIEGAS; ROSSI-NETO, 2000).

As definições empregues para os termos angina estável e angina instável e suas respectivas características são apresentas a seguir.

Angina estável: desconforto no precórdio ou em áreas adjacentes, causado por isquemia miocárdica, sendo comumente associado à realização de exercícios físicos intensos, emoções fortes ou distúrbios na função miocárdica, sem a presença de necrose tecidual; é descrito por sensação de morte iminente, ansiedade, aperto no peito, contração ou sufocação, o que não aparece com a mesma intensidade entre os clientes, podendo ser vagos e/ou apenas relatados como desconforto passageiro e suas características comuns são de dor precordial em pressão ou pontada que pode apresentar irradiação para membros superiores e pescoço, duração menor ou igual a vinte minutos, alívio obtido através da realização de repouso ou administração de nitrato sublingual (GERSH; BRAUNWALD; BONOW, 2001).

Angina instável: isquemia miocárdica severa e transitória, que ocorre com um mínimo de esforço físico, muitas vezes até mesmo em repouso, sendo descrita a dor como forte, lancinante e progressiva, tendo duração superior a vinte minutos sem interrupção com a

administração de nitratos sublinguais, sendo sua evolução percebida e descrita ao longo de um mês, pelo menos, existência de alteração eletrocardiográfica (possível aparecimento de elevação do seguimento ST), ocorrência de vasoespasma coronariano e, se não houver pronta intervenção, pode evoluir para um IAM e, se não tratado adequadamente ao longo do tempo, aparecerão áreas de isquemia no músculo cardíaco (SMELTZER; BARE, 1998; NICOLAU; MARIN NETO, 2001; CANNON; BRAUNWALD, 2001).

De forma sintética, os tratamentos propostos para a isquemia cardíaca podem ser divididos em três grandes grupos:

a) tratamento clínico, baseado no restabelecimento da capacidade funcional cardíaca pela utilização de agentes químicos, farmacoterápicos, que podem ter ações diretas sobre a musculatura miocárdica, melhorando sua contratilidade, ações sobre a condução ou geração dos estímulos cardíacos, ações sobre a captação ou recaptação de íons com influência direta sobre a contratilidade ou frequência cardíacas, ou ação direta sobre os mecanismos da coagulação sangüínea e reabsorção de trombos;

b) tratamento cirúrgico: intervenção invasiva de grande porte, onde se realiza a reconstrução da circulação sangüínea para o tecido cardíaco lesado, através da colocação de um enxerto, geralmente da artéria safena, que vai da artéria subclávia esquerda até o local logo após a obstrução coronariana e, assim, devolvendo ao meio as condições ideais para que o tecido se mantenha vivo;

c) tratamento hemodinâmico: realizado em laboratórios de hemodinâmica, com técnica considerada minimamente invasiva, onde se realiza a desobstrução do fluxo sangüíneo coronário por meio da introdução de cateteres, com balão em sua extremidade distal, ultra-som ou rotablator, em artéria femoral, indo até o local obstruído para quebra ou compressão da placa aterosclerótica responsável pela isquemia.

Em maior profundidade será trabalhada a técnica de angioplastia coronária transluminal percutânea (ACTP), procedimento minimamente invasivo em cardiologia, muito utilizado nos dias atuais para a recuperação da circulação coronariana.

2.2 - Angioplastia coronária transluminal percutânea

A angioplastia coronária transluminal percutânea (ACTP) é um método de reperfusão mecânica, que vem sendo estudado por vários centros cardiológicos mundiais, tendo vários trabalhos realizados, com bons resultados, utilizando-se essa técnica de reperfusão no choque cardiogênico decorrente de IAM, com conseqüente perda menor de tecido muscular e melhor prognóstico (GUN, 2000).

Gruentzig introduziu o procedimento de ACTP em 1977 e, desde então, se tornou um procedimento cada vez mais utilizado em pacientes com DAC. Durante as últimas duas décadas, essa técnica assumiu papel importante no tratamento da isquemia miocárdica crônica e do infarto agudo do miocárdio, principalmente em associação com agentes trombolíticos intracoronários (SABISTON JR., 1995).

Nos primórdios da angioplastia, as indicações dessa técnica de revascularização restringiam-se a pacientes portadores de angina estável, o que perdurou até meados da década de oitenta. Com o passar do tempo, o espectro de indicação ampliou-se, passando a abranger também os clientes com isquemia miocárdica silenciosa e aqueles que evoluíam com síndromes coronárias agudas, embora, ainda hoje, expressivo contingente de pacientes tratados pela ACT apresentem-se com quadros absolutamente estáveis (TANAJURA; SOUSA, 2000).

Embora originalmente a ACTP fosse reservada para clientes com sintomas iniciais, doença de um único ramo, estenoses segmentares curtas e anatomia favorável, baseando-se no uso mais amplo, as indicações aumentaram para incluir doença mais grave e múltiplas lesões, mantendo taxa de sucesso dos procedimentos de 80 a 90% (SABISTON JR., 1995).

Quando a angioplastia é realizada com sucesso, a sobrevida hospitalar é alta, em torno de 85%, comparada a baixas taxas de 22% quando o procedimento não obtém sucesso. Em suma, se o hospital ou centro de atendimento possui laboratório de hemodinâmica disponível por 24 horas, a angioplastia primária nos pacientes com choque cardiogênico deve ser indicada como opção de escolha; porém, em centros de atendimento médico, que não dispõem dessa estrutura, recomenda-se a rápida administração de agentes trombolíticos, seguida de transferência para hospital que possua laboratório de hemodinâmica (GUN, 2000).

Mattos e Souza (2000) afirmam que as recomendações finais no tratamento agudo da isquemia cardíaca, baseado em evidências publicadas, indicam a aplicação preferencial da angioplastia primária como método de reperfusão coronariana nas primeiras doze horas do IAM a pacientes excluídos da terapia trombolítica e nos subgrupos clínicos de alto risco; e mesmo nos subgrupos de menor risco, a ACTP primária deve ser empregada em função das menores cifras de reinfarto, de isquemia recorrente e reduzida internação hospitalar.

Por outro lado, Pfeferman e Viencelli (2000), ao analisarem o atendimento inicial ao IAM, indicam a ACTP primária como terapêutica de reperfusão, principalmente em clientes que apresentaram contra-indicação para a terapia trombolítica, instabilidade hemodinâmica ou falência do ventrículo esquerdo e em clientes previamente revascularizados com suspeita de nova oclusão em ponte de safena. Além disso, em casos onde há dúvida diagnóstica e é indicada a cinecoronariografia de urgência para elucidação, a ACTP primária acaba sendo a complementação terapêutica ideal, dependendo do achado angiográfico. Outro momento para indicação da angioplastia, agora denominada ACTP de resgate, é determinado para os casos onde a reavaliação, realizada 60 minutos após o final

da administração de trombolíticos, apontar para o insucesso do procedimento, há a possibilidade de ser realizada a ACTP de resgate, mas sua indicação, nesses casos, é controversa, pois os resultados da ACTP imediatamente após o uso de trombolíticos são piores do que os de ACTP primária. Associado a isso estão as complicações de um procedimento invasivo pós-trombólise e o tempo decorrido até que o procedimento seja efetivado se somam para tornar sua indicação duvidosa. Assim, IAM extensos ou complicados, com comprometimento de ventrículo direito ou bloqueios atrioventriculares avançados apresentam melhor relação risco-benefício para ACTP de resgate do que infartos não complicados.

Smeltzer e Bare (1998); Sabiston Jr. (1995) e Popma e Kuntz (2001) trazem a ACTP como procedimento minimamente invasivo, que objetiva melhorar o fluxo sanguíneo dentro da artéria coronária por meio da destruição da placa, ou ateroma, que interfere na circulação do sangue para o coração. O procedimento em si consiste na introdução de um cateter com um balão em sua extremidade distal, introduzido na coronária afetada, e posicionado dentro da área de aterosclerose, sendo, posteriormente, o balão inflado (podemos ter a presença de uma malha intra-arterial coronariana metálica, que é colocada revestindo o balão, denominado de *stent*.) sendo inflado e desinflado rapidamente com o intuito de quebrar e comprimir a placa aterosclerótica.

Os candidatos a ACTP são: clientes com oclusão mínima de 70% da luz da maior artéria coronária, colocando-o em risco de isquemia, vasta área do miocárdio e cujas condições não respondem aos tratamentos clínicos, e são contra-indicados a clientes com o ramo principal esquerdo coronário sem fluxo colateral para as artérias descendente anterior e circunflexa, casos de estenose na origem da artéria coronária direita com a artéria aorta, clientes com aneurisma proximal ou distal à estenose da coronária afetada,

clientes com implante de ponte de safena há mais de cinco anos ou cujo enxerto se tornou doente, e clientes com função ventricular duvidosa (SMELTZER; BARE, 1998).

Esse procedimento é realizado em laboratório de hemodinâmica, em sala de cateterismo cardíaco, onde as artérias coronárias são examinadas através de cinecoronário angiografia transluminal (CAT) pela injeção de contraste iodado nas artérias cardíacas para visualização e avaliação das lesões (localização, extensão e calcificação) antes do mandril ser passado pelo interior da artéria, através da lesão. Um cateter com balão na ponta e em alguns casos associado à presença de um *stent* é passado através de um fio guia e posicionado sobre a lesão, sendo inflado o balão com soluções sob pressão, para a quebra e compressão da lesão aterosclerótica e as camadas média e adventícias da artéria também são alongadas. Ao se utilizar só o balão, várias insuflações poderão ser realizadas até que se obtenha o resultado esperado, que é definido com aumento de 20% ou mais da luz arterial e, outras medidas utilizadas para mensurar o sucesso da ACTP são estenose residual inferior a 50% ou menor de 20 mmHg de diferença na pressão arterial em um dos lados da lesão sem sinal óbvio de trauma (SMELTZER; BARE, 1998).

Durante a realização da ACTP também se está sujeito à ocorrência de complicações durante o procedimento, ou no período de recuperação, e que podem incluir a dissecação da artéria angioplastada e espasmo da artéria coronária e podem exigir tratamento cirúrgico de emergência; o que exige equipe cirúrgica e sala de operações de prontidão durante a ACTP (SMELTZER; BARE, 1998; SABISTON JR., 1995).

Partindo para outra forma de abordagem, faz-se-á uma busca na literatura científica a respeito dos mecanismos psíquicos que podem ser desencadeadores de evento ou contribuintes para a manifestação de patologia cardíaca.

Dessa forma, a psicobiologia, na visão psicodinâmica dos indivíduos cardíacos, aponta a origem de conflitos, segundo Freud, da fase pré-edipiana, estando fixados na fase oral do desenvolvimento psicogenético, se utilizados comportamentos de trabalhar e de comer em excesso, beber e fumar, como forma de sublimar seus conflitos. Pode-se falar, também, em um caráter anal, que se caracteriza por uma agressividade, ora reprimida, ora expressada através de raiva incontrolada, com desejo intenso de destruição e de deterioração do objeto (FIGUEIREDO, 1997).

Ao mesmo tempo que Abduch; Hueb; Jacquemin (1992) falam de uma configuração psiconeurótica na personalidade desses indivíduos, onde o que está por trás de toda angústia e ansiedade sentida pelo coronariopata, além do medo da morte, são as fantasias inconscientes de castração genital, proveniente das relações de amor e ódio estabelecidas em fases iniciais do desenvolvimento psíquico, esses sentimentos acarretam culpa, que levam a pessoa à atuação, por meio de um estilo de vida, que agrava a doença já existente.

Para o desenvolvimento deste estudo, a ACTP adquire caráter de estímulo desencadeante do fenômeno de ansiedade, em consequência dos significados que lhe foram atribuídos pelo cliente, resultado direto de suas crenças, experiência de vida e cultura (STUCHI, 1999).

2.2.1 - Alterações cardiovasculares e ansiedade: suas interações

Campos (1992), reforçado por Pessuto (1999), descreve as relações entre ansiedade e alterações cardiovasculares quando afirma que, em situações de ansiedade, há liberação de catecolaminas e corticóides através do hipotálamo, por ação direta, ou indireta, do sistema simpático sobre as supra-renais. A ação dessas substâncias no sistema cardiovascular causa aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, do débito cardíaco, com conseqüente aumento do consumo de oxigênio, da excitabilidade das células cardíacas e decorrente lesão celular pela entrada de sódio e saída de potássio e magnésio, dentre outras. E com a liberação excessiva e prolongada de catecolaminas e corticóides poderá desencadear arritmias, hipertensão arterial, aterosclerose coronária, isquemia e insuficiência cardíaca, conforme diversos estudos clínicos e experimentais.

Plum apud Wyngaarden e Smith (1995) declaram que as influências autonômicas atuam de maneiras sutis e as respostas anormais ao estresse da vida são, freqüentemente, problemas altamente individuais, difíceis de serem separados dos ajustes rotineiros do sistema nervoso para a vida. A percepção clínica da possibilidade de que é o cérebro e não o órgão-alvo que causa, por vezes, o sintoma, representa, talvez, o primeiro passo e mais importante, na detecção de ajustes autonômicos patológicos aos estresses.

Para melhor compreensão das relações existentes entre as patologias cardíacas isquêmicas e a ativação do sistema nervoso autônomo, composto pelos sistemas nervoso simpático e parassimpático, conforme o tipo de estímulo enviado pelo sistema nervoso central, desencadeando as alterações endócrinas aliadas às de capacitância para o sistema cardiovascular e suas repercussões sobre a manutenção da vida, tem-se:

- influencia tônica e reflexa das principais variáveis do sistema cardiovascular (pressão arterial - PA, débito cardíaco – DC, e resistência periférica – RP), dada pela liberação de noradrenalina ou acetilcolina no coração que modifica o débito cardíaco, alterando a sua força de contração e aumentando a frequência cardíaca, enquanto que na parede dos vasos da circulação sistêmica modifica o estado contrátil do músculo liso vascular, aumentando a sua resistência. Enquanto que na circulação há efeito trófico sobre as células musculares lisas e do miocárdio que contribuem para o eutrofismo do sistema cardiovascular (CARTER; SERVAN-SCHREIBER; PERLSTEIN, 1997; FRANCHINI, 2000).

As alterações da função cardíaca, que colocam em risco o fluxo sanguíneo cerebral, são detectadas pelos receptores sensoriais localizados no coração e nos grandes vasos. Esses receptores, normalmente, enviam impulsos inibitórios para o centro vasomotor, localizado no SNC, diminuindo o fluxo simpático. Quando estimulados, por queda no débito cardíaco ou diminuição dos valores da pressão arterial sistêmica (casos descritos no parágrafo anterior), os barorreceptores atuam no sentido de diminuir o número de estímulos inibitórios que resultam em aumento do tônus simpático. Ocorre, em resposta, o aumento da frequência cardíaca e da resistência vascular sistêmica, com o objetivo de preservar o débito cardíaco e restaurar a pressão arterial sistêmica. Sendo descrito pelos mesmos que a estimulação adrenérgica, contudo, pode aumentar o risco de arritmias cardíacas, piorar a isquemia pelo aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio e aumentar a pós-carga para o VE por produzir vasoconstrição sistêmica (MONACHINI; CARAMELLI, 2000).

Dessa forma, pode-se descrever a ativação e desativação reflexa do sistema nervoso autônomo determinando os ajustes de débito cardíaco e de resistência periférica,

contribuindo para a estabilização e manutenção da pressão arterial durante a emissão de vários comportamentos e situações emergenciais, ampliando a capacidade de adaptação e de sobrevivência do organismo, além da adaptação do sistema cardiovascular em estados patológicos, produzindo ações compensatórias fundamentais para a manutenção das variáveis circulatórias em limites normais. Por outro lado, a influência trófica é provavelmente o principal mecanismo de ação do simpático, na adaptação e desadaptação dos músculos cardiovasculares lisos nas patologias desses sistemas.

O organograma a seguir (Figura 2) ilustra as relações entre a cardiopatia isquêmica e a ação do sistema nervoso simpático, bem como as suas implicações na fisiologia do ciclo cardíaco.

Já Smith (1995), descreve a ansiedade como característica comum da cardiopatia quando o coração torna-se insuficiente, podendo ser difícil distinguir as manifestações de ansiedade dos sintomas da cardiopatia subjacente, devido à natureza inespecífica das queixas. Os sintomas relacionados à hiperventilação, assim como as palpitações, contribuem para a ansiedade do paciente por reforçarem a impressão de que existe a cardiopatia orgânica. Deve-se proceder à avaliação separada dos aspectos orgânicos e psicossomáticos do processo patológico, reconhecendo que, uma história e exame físico cuidadoso, juntamente com métodos diagnósticos não invasivos, geralmente estabelecerá o quanto a cardiopatia orgânica é responsável pelos sintomas do paciente.

Fonte: Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. Manual de Cardiologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 2000. p. 72

Figura 2 - Organograma das relações fisiológicas existentes entre a oclusão coronariana e a ativação do sistema nervoso simpático e suas consequências no sistema cardiocirculatório

2.3 - A ansiedade

Antes de se apresentar uma definição do que seja ansiedade, construir-se-á um paralelo evolucionista sobre a ansiedade na Idade da Pedra e nos dias atuais. Em documentário, BBC (2003); pesquisadores evolucionistas descreveram a ansiedade como o mecanismo primordial para a preservação da espécie humana, desde os primeiros ancestrais do homem, mas essa característica transmitida ao homem moderno, que não precisa mais caçar ou defender a si e ao seu bando de ameaças ambientais ou predadores, é vista como a desencadeadora de reações exacerbadas frente a estímulos cotidianos e sendo, da mesma forma que em seus primórdios, o organismo preparado para uma reação de luta ou fuga que, frente às pressões sociais impostas ou expectativas criadas (ameaças subjetivas), contribuem para um descontrole interior, indicativo de falha nos mecanismos de adaptação empregados, e conseqüente dano aos sistemas cardíaco, muscular, respiratório, imunológico, endócrino e outros pela ação do SNA no organismo humano.

A ansiedade foi traduzida de forma errônea quando passaram os escritos de Freud do alemão (Angst) para o inglês, onde Freud trabalhava o termo que significa medo e sua tradução deu origem a uma nova terminologia, que aborda uma resposta orgânica e comportamental frente a um estímulo não reconhecido ou inespecífico, de acordo com Gentil; Lotufo-Neto; Bernik (1997).

Além de que a ansiedade, como entidade diagnóstica separada, não foi reconhecida pela medicina até o final do século XIX. Os pacientes com sintomas de astenia, ansiedade, depressão, fobias e obsessões eram englobados com a denominação de “neurastenia”. Mas, em geral, a ansiedade era contemplada como um sintoma das enfermidades

cardiológicas e gastrointestinais como um desvio de personalidade, que não requeria a menor atenção.

Em 1871, Da Costa descreveu a “síndrome do coração irritável” como um transtorno cardíaco mais freqüente, caracterizado por palpitações, síncope e dor torácica, síndrome precursora do transtorno do pânico. Freud ressaltou os papéis fundamentais da ansiedade, elevando-a à categoria de síndrome, descrevendo o conceito de “neuroses” com a psicopatologia da ansiedade, distinguindo a ansiedade objetivada do medo, daquela objetivada de conflitos inconscientes, devido a mecanismos de defesa que fracassaram em sua intenção de manter o complicado equilíbrio psíquico, dando lugar a sintomas neuróticos (SANTOS; PÉREZ; BULBENA; 2000), de onde se pode fazer uma ponte e compreender a diferenciação proposta por outros autores em ansiedade traço e ansiedade estado.

A **definição de ansiedade** adotada para o desenvolvimento deste trabalho é a de que a ansiedade é um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica, a fonte é freqüentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo, um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal variável que alerta para um perigo iminente e pertinente ao indivíduo, convocando-o a tomar medidas para lidar com a ameaça (GRAEFF; GUIMARÃES, 2001; KAPLAN; SADOCK; GREEB, 1997; SCHWEITZER, 1995) sendo complementado por Gentil; Lotufo-Neto; Bernik (1997) como um estado emocional vivenciado com a qualidade subjetiva do medo ou de emoção a ela relacionada [...], (desproporcional) (a uma ameaça reconhecível) [...] (com) desconforto somático subjetivo [...] e alterações somáticas manifestas.

Definição essa já empregada por vários estudiosos sobre o tema da ansiedade nas publicações desenvolvidas e editadas por e para enfermeiros, conforme o observado em NANDA (2000, 2002); Carpenito (1995, 1999); Carpenito et al. (1997); Smeltzer e Bare (1998); Gordon (1995, 1996).

Andrade e Gorenstein (1998) apresentam a ansiedade como um estado emocional que tem componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione.

Enquanto que Lewis (1979) salienta a existência e os tipos de manifestações corporais involuntárias mais comuns para esse fenômeno: secura da boca, sudorese, palpitações, vômitos, arrepios, tremor, dores abdominais e outras alterações biológicas e bioquímicas detectáveis por métodos apropriados de investigação e ainda lista alguns outros atributos que podem ser incluídos na descrição da ansiedade: ser normal ou patológica, ser leve ou grave, ser prejudicial ou benéfica, ser episódica ou persistente, ter uma causa física ou psicológica, ocorrer sozinha ou junto com outro transtorno, e afetar ou não a percepção e a memória.

Então, pode-se concluir que a ansiedade é uma sensação de profundo mal-estar, gerado pela expectativa de um evento desagradável, o qual pode-se identificar a origem, mas não a sua especificidade, sendo geralmente, acompanhado por sinais e sintomas perceptíveis, ou não, e reconhecíveis, ou não pelo indivíduo, como resposta de caráter ansiogênico que se manifesta por aumento dos valores pressóricos, aumento das frequências cardíaca e respiratória, aumento da temperatura corporal, aumento do metabolismo celular, agitação, dificuldade de concentração, nervosismo, irritabilidade,

tremores, calafrios, dispnéia, sudorese difusa, entre outros, que pode estar presente no indivíduo.

Ressalta-se ainda que Nardi (1998) afirma que a ansiedade possui seu lado positivo, pois é um sinal de alerta, que permite ao indivíduo ficar atento a um perigo iminente e tomar as medidas necessárias para lidar com uma ameaça. Assim sendo, é uma emoção útil. Afinal, sem ela estaríamos vulneráveis aos perigos e ao desconhecido. É algo que está presente no desenvolvimento humano normal, nas mudanças e nas experiências inéditas.

Vale ressaltar que a ansiedade e a angústia são emoções experimentadas por todas as pessoas e acompanham o ser humano ao longo de toda sua existência. Em cada época e cultura tem suas formas de expressão e seus desencadeantes (SANTOS; PÉREZ; BULBENA, 2000).

A ansiedade é capaz de desencadear reações orgânicas que preparam o indivíduo para a manutenção e preservação de seu meio e vida, no entanto, quando presente em níveis elevados acaba por comprometer o desempenho da pessoa, fazendo com que esse apresente comportamentos inadequados para a situação vivenciada, caracterizando um quadro patológico (BERNIK, 2004).

Conforme apresentado por Wyngaarden e Smith (1995), a ansiedade é o sintoma psiquiátrico mais onipresente. E acompanha, no mínimo, alguns aspectos da maioria das vidas normais e pode ser um estímulo eficaz para a melhora do desempenho, sendo que a curva de desempenho segue a forma de um “U” invertido, onde uma pequena ansiedade pode melhorar o desempenho, ficando o mesmo constante quando a ansiedade aumenta e, por fim, a ansiedade excessiva causa diminuição na capacidade de funcionar do organismo como um todo.

A ansiedade apresenta-se sobre várias facetas, indo de “normal” à parte de transtornos psiquiátricos, ou ser parte de diferentes quadros nosológicos. Pode ser branda ou intensa, breve ou prolongada levando a danos sociais, de percepção e aprendizagem. É considerada doença quando ultrapassa aspectos adaptativos, dificultando o desempenho de funções e se apresenta sob forma de queixa, com sinais e sintomas restringindo o repertório funcional. Nesse contexto, encontram-se os seguintes transtornos da ansiedade: pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade generalizada e outros (DRATCU; LADER, 1993).

Nardi (1998) trabalha a ansiedade normal como uma sensação difusa, desagradável, de apreensão, acompanhada por várias sensações físicas: mal-estar gástrico, dor precordial, palpitações, sudorese excessiva, cefaléia, etc. (sintomas esses que podem ser facilmente confundidos com determinantes de alterações funcionais do sistema cardíaco). Os padrões individuais físicos de ansiedade variam amplamente. Alguns indivíduos apresentam-nos como sintomas cardiovasculares, outros apenas como gastrintestinais, e há aqueles que apresentam apenas um sintoma, como sudorese excessiva.

2.3.1 - Epidemiologia da ansiedade

Rodrigues (1994) apresenta dados estatísticos de que, em um universo de mil pessoas, temos: sete vítimas entre 25 e 44 anos, seis entre 45 e 64 anos, quatro entre 18 e 24 anos, e apenas uma após os 65 anos. Os casos entre jovens têm aumentado muito nos últimos anos, devido a fatores de cunho social – como desintegração da família

tradicional, pressão por empregos, violência, maior exposição a estresses – e não por mutações biológicas ou genéticas.

Rossi apud Pereira (2001), relata que uma pesquisa realizada pela International Stress Management Association (Isma) feita com *workaholics* americanos revela que pessoas viciadas em trabalho e ansiosas demais apresentam 45% mais chances de sofrer males cardíacos, 35% de ter câncer pulmonar e 24% de sofrer acidente vascular encefálico. Podem ser eficientes no emprego, mas na maioria das vezes não lidam bem com as emoções.

Andrade e Gorenstein (1998) trazem os transtornos de ansiedade como a categoria mais freqüente na população geral dentre os transtornos psiquiátricos, com prevalência de 12,5% ao longo da vida, 7,6% no ano e 6% ao mês. Além dos transtornos serem muito freqüentes, os sintomas de ansiedade estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua existência.

Conforme tabela apresentada por Vieira (2001), em trabalho realizado pelo Ambulatório de Ansiedade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, temos a distribuição percentual da prevalência de transtornos ansiosos, em três grandes capitais brasileiras.

CIDADES	Brasília		São Paulo		Porto Alegre	
<i>SEXO:</i>	<i>Masc.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Masc.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Masc.</i>	<i>Fem.</i>
transtornos fóbicos	10.8	22.7	4.9	10.4	7.7	20.5
transtornos ansiosos	13.5	21.6	7.3	13.9	5.2	14.0

Fonte: Vieira, 2001; Ambulatório de Ansiedade – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Figura 3 - Prevalência, segundo sexo e tipo de transtorno ansioso em três cidades brasileiras, no ano de 1996

Marino (1999) apresenta a estatística de que a ansiedade e os transtornos relacionados (agitação e delírio) são quase que universais na população de pacientes internados em unidades de tratamento intensivo (UTIs) e unidades coronarianas (UCOs), com até 90% dos pacientes mostrando evidências de um transtorno de ansiedade.

Dentro da área da enfermagem, Barros (1998), ao trabalhar com o Diagnóstico de Enfermagem (DE) de ansiedade, comparando sua identificação entre várias clínicas de um mesmo hospital escola, traz as seguintes casuísticas: Clínica cardiovascular – 19,2%; Unidade de cardiologia – 10,3%; e em geral, para um total de 289 usuários internados nas unidades de cardiologia, cardiovascular, gastrocirurgia, pneumologia, ginecologia e urologia, o Diagnóstico de Enfermagem (DE) de ansiedade obteve frequência de 17,17% frente aos demais diagnósticos de enfermagem identificados.

Baseado nos dados descritos nos parágrafos anteriores tem-se que a ansiedade é um fator presente no dia-a-dia, não apenas do cliente cardíaco internado, porém sendo maior nessa clientela e principalmente quando exposto a ambientes que requerem mais cuidados ou cuidados mais especializados, como nos casos das UTIs e UCOs; sendo que, frente ao atendimento de enfermagem, pode-se evidenciar que em clientes que se submeteriam a procedimentos intervencionistas a ansiedade se torna maior.

2.3.2 - Mecanismo fisiológico da ansiedade

Antes de se falar especificamente sobre ansiedade, faz-se necessário compreender um pouco mais sobre os mecanismos de controle do sistema nervoso autonômico, pois esse tem grande influência nas respostas ansiogênicas.

Guyton (1988), descreve os mecanismos de controle do sistema nervoso autonômico como sendo decorrentes de estimulação positiva ou negativa de centros nervosos encefálicos que, mais precisamente nos casos de resposta ansiogênica, são hipotálamo, amígdala, sistema límbico, bulbo e mesencéfalo.

A estimulação de áreas difusas na substância reticular do bulbo raquidiano, da protuberância e do mesencéfalo pode produzir, em essência, todos os efeitos do sistema simpático e parassimpático. Por outro lado, o hipotálamo pode excitar a maioria das funções do sistema autonômico. E, finalmente, a estimulação de áreas localizadas no córtex cerebral pode, por vezes, provocar efeitos autonômicos gerais e, algumas vezes, discretos.

Algumas das funções específicas do hipotálamo são (GUYTON, 1988; GRAEFF; GUIMARÃES, 2001):

- 1) regulação cardiovascular: a estimulação do hipotálamo posterior aumenta a pressão arterial e a frequência cardíaca, enquanto que a estimulação da área pré-óptica, na parte anterior do hipotálamo, produz os efeitos inversos, e esses efeitos são transmitidos pelos centros de controle cardiovascular do tronco cerebral e pelo sistema nervoso autonômico;
- 2) regulação da temperatura corporal: centros do hipotálamo anterior são responsivos à temperatura do sangue, ficando, gradativamente, mais ativos com o aumento da temperatura sangüínea, e menos ativos quando essa diminui. Essas áreas, por sua vez, regulam os mecanismos da temperatura corporal, basicamente, pela intensidade do fluxo sangüíneo pela pele, o que regula a perda de calor, a sudorese que resfria o corpo; controla os calafrios, o que

aumenta muito a produção de calor, a secreção de norepinefrina e de epinefrina pelas medulas das supra-renais, e controla a secreção de hormônio tireoideano, que tem efeito direto sobre a produção de calor por todas as células do corpo;

- 3) regulação da água corporal: centro localizado no núcleo supra-óptico controla a secreção de hormônio antidiurético, que controla a quantidade de água perdida pelos rins. Outra região intimamente relacionada, o hipotálamo lateral, controla a ingestão de água, pela transmissão de sinais para outras partes do cérebro, onde cria a sensação consciente de sede;
- 4) regulação da alimentação: estimulando-se outras áreas do hipotálamo lateral produz um apetite voraz, e um desejo intenso de buscar alimento, sendo chamado de centro da fome. De localização mais medial nos núcleos ventromediais, existem áreas que bloqueiam todas as sensações de fome, os chamados centros da saciedade;
- 5) controle da excitação e da raiva: na parte média do hipotálamo há o núcleo perifornical que, quando estimulado, faz com que o animal fique muito estimulado e apresente pressão arterial muito elevada, pupilas dilatadas e sintomas de estar enraivecido;
- 6) controle hipotalâmico da função endócrina: algumas áreas do hipotálamo também secretam as substâncias neuro-secretoras, que são transportadas por veias especiais, do hipotálamo para a adeno-hipófise onde vão promover a formação dos diversos hormônios da hipófise anterior, mecanismo pelo qual o hipotálamo controla a secreção da maior parte dos hormônios da adeno-hipófise que controla muita das funções metabólicas do corpo.

A estimulação do SNA, pelo córtex cerebral ocorre, principalmente, durante os estados emocionais. Muitos centros distintos, especialmente nos lobos pré-frontais e nas regiões temporais do córtex, podem aumentar ou diminuir o grau de excitação dos centros hipotalâmicos. De igual modo, o tálamo e as estruturas intimamente associadas participam da regulação hipotalâmica. Por conseguinte, tanto os componentes conscientes como os subconscientes do cérebro podem produzir efeitos autonômicos.

O comportamento é uma função de todo o sistema nervoso, e não apenas de uma parte em particular, mas a maior parte dos aspectos involuntários comportamentais é controlada pelo sistema límbico.

A parte mais importante do sistema límbico, para o comportamento, é o **hipotálamo**, pois muitas das partes circundantes do sistema límbico, incluindo o hipocampo, a amígdala e o tálamo, transmitem grande parte de seus sinais eferentes para o hipotálamo, a fim de causar efeitos variados no corpo como: estimulação do sistema nervoso autonômico ou de participação em sentimentos como dor e prazer ou em sensações relacionadas à fome, ao sexo e à raiva.

Alguns aspectos do controle límbico são transmitidos por meio do sistema endócrino, pois o hipotálamo além de controlar o sistema nervoso autonômico, controla a secreção de numerosos hormônios hipofisários.

A estimulação de diferentes áreas do córtex límbico pode causar efeitos diversos, como depressão, excitação, movimento aumentado ou diminuído e, em raras ocasiões, o enraivessimento ou graus extremos de docilidade. Mas sua função provável é de atuar como área de associação para o controle da maior parte das funções comportamentais do corpo; armazenando informações sobre as experiências passadas como dor, prazer, aquelas

de apetite, os odores diversos, as experiências sexuais, etc., combinadas com outras informações canalizadas para as áreas límbicas pelas regiões circundantes do córtex cerebral como áreas pré-frontais e das áreas sensoriais da parte posterior do cérebro.

Essa associação de informações representa estímulo para o desencadeamento de respostas comportamentais apropriadas ao meio circundante da pessoa. Assim, acredita-se que essa parte do córtex cerebral seja responsável pelo controle das emoções e de outros padrões de comportamento.

A amígdala, que também faz parte do controle neural do SNA, um núcleo complexo situado imediatamente abaixo da superfície do córtex cerebral, no pólo anterior de cada lobo temporal, que nos humanos atua em associação muito íntima com o hipotálamo, no controle de muitos padrões de comportamento, acredita-se que a função normal de vários núcleos da amígdala seja a de participar no controle dos padrões globais de comportamento que é exigido para cada situação social.

Sua estimulação pode transmitir sinais pelo hipotálamo para a produção de aumento ou diminuição da pressão arterial, aumento ou diminuição da frequência cardíaca, aumento ou diminuição da função gastrointestinal, defecação ou micção, dilatação ou constrição pupilar, piloereção ou secreção de diversos hormônios hipofisários.

Pode transmitir sinais para as áreas do tronco cerebral inferior, para causar alterações do tônus muscular em todo o corpo, movimentos posturais como elevação da cabeça ou curvatura do corpo, movimentos circulares, movimentos rítmicos ou movimentos associados como o ato de comer, passar a língua sobre os lábios, os de mastigação e de deglutição. Assim, pode-se afirmar que a amígdala tem papel importante no controle de padrões globais de comportamento do corpo.

Após a compreensão dos mecanismos reguladores do SNA e sua inter-relação com o desencadear de uma resposta ansiogênica e as conseqüentes alterações que decorrem desse efeito, serão discorridos os efeitos psicossomáticos, que são determinados, fisiologicamente, por estimulação do SNA em órgão específico.

Efeito psicossomático define-se como efeito corporal produzido por estimulação psicológica. O encéfalo pode produzir esses efeitos por três meios gerais, que correspondem à transmissão de sinais pelo SNA, a transmissão de sinais para os músculos pela área reticular bulbar, e pelo controle de determinadas glândulas endócrinas, sinais conscientes com origem no córtex frontal ou no tálamo e que são transmitidos ao hipotálamo e através dos centros do rombencéfalo (cérebro posterior), para a medula espinhal e daí ao corpo.

O processamento da transmissão de um efeito psicossomático apresenta variações, conforme a via de transmissão estimulada (GUYTON, 1988; FERREIRA; ABREU, 1998; GRAEFF; GUIMARÃES, 2001):

- 1) efeitos psicossomáticos transmitidos pelo sistema nervoso autonômico – quase todas as emoções podem influenciar o sistema nervoso autonômico; um exemplo disso é que a agitação muito intensa aumentará a excitabilidade do sistema reticular ativador que, conseqüentemente, aumentará a atividade simpática em todo o corpo. Assim, a estimulação simpática generalizada dos órgãos é um dos efeitos psicossomáticos mais comuns. Muitas emoções, como a ansiedade, produzem descarga simpática *en masse*, provocando aumento acentuado da pressão arterial, palpitações cardíacas e calafrios;

- 2) efeitos psicológicos estimulam os centros parassimpáticos do hipotálamo. emoções de preocupação, depressão ou letargia, todas com efeitos opostos às que produzem excitação do sistema nervoso simpático, podem, muitas vezes, estimular o parassimpático. No entanto, não devemos esquecer que os dois sistemas podem ser estimulados em conjunto, como ocorre em situações de medo;
- 3) transmissão de efeitos psicossomáticos pelos músculos esqueléticos – o sistema reticular ativador envia sinais descendentes pela medula espinhal e daí diretamente para os músculos. Portanto, as mesmas emoções que vão excitar o simpático produzem, também, aumento do tônus muscular em todo o corpo, chegando ao extremo de provocar tremor muscular. Já as emoções que estimulam o sistema nervoso parassimpático provocam, via de regra, diminuição na atividade da formação reticular bulbar e, conseqüentemente, no tônus muscular, o que explica a astenia muscular que caracteriza alguns estados psíquicos;
- 4) transmissão de efeitos psicossomáticos pelas glândulas endócrinas – sabe-se que o sistema nervoso controla diversas glândulas endócrinas de forma completa ou parcial. Dessa forma, muitos efeitos psicossomáticos podem ser mediados pelas glândulas endócrinas; por exemplo: efeitos psíquicos podem estimular demasiadamente o hipotálamo, o que pode causar hipertireoidismo, pela secreção exagerada de hormônio pela glândula tireóide, que aumenta a intensidade do metabolismo em todas as células do corpo. De igual modo, os sinais psíquicos podem modificar a produção de hormônios sexuais e, por esse

modo, causar incapacidade de ovulação, menstruação excessiva ou deficiente, esterilidade ou outras anomalias sexuais.

Não há como abordar os efeitos psicossomáticos sem apresentar a sua maior consequência, que são as doenças psicossomáticas, sendo a mais comum a tensão nervosa extrema que se associa, simultaneamente, ao aumento da frequência cardíaca, elevação da pressão arterial, distúrbios gastrintestinais e tônus muscular em excesso, descrito como nervosismo ou, com maior precisão, *ansiedade*.

Os efeitos psicossomáticos também podem causar o funcionamento anormal de um órgão isoladamente, como é o caso da estimulação simpática, que pode deprimir de tal modo a atividade gastrintestinal que resulte em constipação, ou a estimulação parassimpático ser excessiva, tanto que aumente a atividade gastrintestinal, sendo a diarreia grave seu resultado. Outro distúrbio psicossomático muito comum é a palpitação cardíaca, causada por excitação ou por *ansiedade* ou por outros estados emocionais.

A dor psicossomática pode ser decorrente de muitos distúrbios psicossomáticos, um exemplo é a estimulação excessiva do coração, podendo causar dor cardíaca, porém, se a condição psíquica que causa a anormalidade funcional for corrigida, a dor também será controlada.

2.3.3 - Teorias sobre ansiedade

O referencial teórico empregado para o desenvolvimento deste trabalho tem sua origem nos estudos realizados sobre os mecanismos de adaptação, em 1956, por Selye quando apresentou a síndrome da adaptação geral, estimulando Spielberger a realizar, no final da década de 60, estudos para a construção de uma forma de se avaliar

quantitativamente o nível de ansiedade dos indivíduos. Em 1973, esse mesmo autor, junto com colaboradores, descreve as diferenças na forma de reagir e de personalidade entre um mesmo grupo de voluntários em que se identificou a presença de ansiedade e, posteriormente, desenvolve formas distintas de mensurar as duas formas de ansiedade com a elaboração do Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger.

Os autores Andrade e Gorenstein (1998) trazem a informação de que a concepção dualística de ansiedade como traço e estado foi proposta primeiramente por Carttell e Scheier, em 1961, e se tornou a base para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger; Gorsuchi; Lushene de 1970. E acrescentam que a distinção entre ansiedade traço e ansiedade estado pode ser feita em indivíduos normais ou em clientes com distúrbios psíquicos, sendo de particular importância que se determine se uma escala vai medir traço (condição permanente, característica do indivíduo) ou se a avaliação do estado ansioso será feita em um determinado instante, diante de determinada situação, com instruções precisas a respeito.

Spielberger; Gorsuch; Lushene (1973), trabalhando com a ansiedade, em seus diferentes momentos, definem:

- **ansiedade traço**: refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade. Os escores de ansiedade traço são menos sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo, conforme o apresentado por Andrade e Gorenstein (1998). Ou seja, tendência de ação baseada na percepção de situações como uma ameaça, o que tende a levar a ansiedade, sendo a forma com que o indivíduo normalmente se sente Smeltzer e Bare (1998).

- ***ansiedade estado***: estado emocional temporário e transitório, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, percebidos conscientemente e acompanhados pelo aumento na atividade do sistema autônomo, perante uma avaliação subjetiva da situação como algo que ameaça, naquele momento (SPILBERGER; GORSUCH; LUSHENE; 1973; ANDRADE; GORENSTEIN, 1998; SMELTZER; BARE, 1998). Os escores de ansiedade estado podem variar em intensidade de acordo com o perigo percebido e flutuar no tempo.

2.3.4 - Quantificando a ansiedade

Mesmo antes do surgimento das escalas de avaliação, a observação cuidadosa sempre foi a mais valiosa fonte de informações sobre os fenômenos psíquicos (BERNIK, 1998).

Bernik (1998) coloca que, de modo geral, observações clínicas não-sistematizadas são inadequadas à maioria das linhas de pesquisa devido ao seu caráter vago, inconsistente e subjetivo. Embora, as manifestações fisiológicas induzidas pelos estados de ansiedade sejam passíveis de mensurações objetivas e diretas, escalas de avaliação de sintomatologia ainda são os instrumentos de mensuração mais comumente usados em pesquisa, no campo dos transtornos ansiosos.

A própria definição de mensuração já permite uma compreensão das imprecisões obtidas com as observações clínicas, pois essa se caracteriza como forma organizada de observação, na qual os fenômenos a serem observados estão previamente definidos (BERNIK, 1998; FERREIRA, 1998).

Na psiquiatria, a quantificação demorou a aparecer, e ainda há muitos estudiosos resistentes a ela. Porém, com a necessidade de uma forma de avaliação clínica replicável, aumentou-se muito o interesse na quantificação de fenômenos psicopatológicos e, dentre os métodos desenvolvidos, destacam-se as escalas de avaliação, que consistem numa tentativa de quantificar a intensidade de um determinado traço de personalidade, sintoma, ou uma avaliação geral de uma síndrome psicopatológica específica (NARDI, 1998).

Após a introdução das escalas para avaliação da ansiedade, houve rápido progresso científico nas investigações com transtornos de ansiedade, devido à obtenção sistematizada de dados e informações, possibilitando a replicação dos achados, além de que o uso de escalas auxilia na melhora da qualidade e refinamento de avaliações diagnósticas ou de acompanhamento de clientes em pesquisas clínicas, concordando com afirmações de outros autores (NARDI, 1998).

Já as escalas desenvolvidas em departamentos de psicologia podem enfatizar os aspectos estruturais de personalidade, em serviços relacionados a tratamentos comportamentais e a aspectos observáveis do comportamento, etc. Se os itens escolhidos forem sintomas, geralmente os problemas são menores, devido à sua qualidade de serem quantificáveis quando objetivos (BERNIK, 1998).

Enquanto que os clínicos estão acostumados a comparar clientes com sua condição prévia ou, ainda, pacientes entre si, gradientes de gravidade costumam ser também de fácil aplicação e alta confiabilidade. Dessa forma, acrescentam-se uma segunda dimensão à escala, o que aumenta muito a possibilidade de escores e a sensibilidade e utilidade do instrumento. Trata-se agora não mais de um *check-list* de sinais e sintomas e sim de uma escala de avaliação (BERNIK, 1998).

As escalas de ansiedade devem mensurar aspectos distintos, presentes no construto de ansiedade, que podem ser agrupados nos seguintes tópicos (KEDWELL; SNAITH, 1996; ANDRADE; GORENSTEIN, 1998):

humor: a experiência de uma sensação de medo não associado a nenhuma situação ou circunstância específica, a apreensão em relação a alguma catástrofe possível ou não identificada;

cognição: preocupação com a possibilidade de ocorrência de algum evento adverso a si próprio ou a outros, pensamentos persistentes de inadequação ou de incapacidade de executar adequadamente suas tarefas, baixa concentração e esquecimento;

estado de hiperalerta: aumento da vigilância, exploração do ambiente, resposta aumentada a estímulos (sustos), dificuldade de adormecer (não devida à inquietação ou à preocupação);

sintomas somáticos: sensação de constrição respiratória, hiperventilação e suas conseqüências, tais como espasmo muscular e dor (sem outra causa conhecida), tremor, manifestações somáticas de, por exemplo, hiperatividade do sistema nervoso autônomo (taquicardia, sudorese, aumento da frequência urinária.);

outros: esta categoria residual pode incluir estados como despersonalização, bem como sintomas que se referem a um desconforto não, necessariamente, específico da ansiedade.

As escalas para avaliação clínica de transtornos de ansiedade têm sido divididas em dois grupos: escalas que avaliam o estado de ansiedade e questionários que avaliam o traço de ansiedade. O estado de ansiedade é a descrição de uma sensação emocional em um determinado momento, assim, é transitório. Em geral, caracteriza-se por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Para a mensuração do estado de ansiedade, as

escalas têm sua indicação mais precisa. Os escores de ansiedade estado variam em relação à intensidade do perigo percebido e modifica-se no tempo. O traço de ansiedade é uma tendência estável do indivíduo em relação à ansiedade. Marca as diferenças na capacidade de reagir a situações ameaçadoras com alterações no estado de ansiedade. É uma característica de personalidade que, muitas vezes, é mais bem avaliada por questionários que por escalas. Os escores de ansiedade traço são menos sensíveis a mudanças em relação às situações ambientais e permanecem, relativamente, constantes no tempo (NARDI, 1998).

Instrumentos confiáveis e válidos de medidas de sintomas são essenciais para a investigação. O uso de escalas auxilia na melhora da qualidade e refinamento de avaliações ou impressões diagnósticas, ou para o simples acompanhamento de condições clínicas, bem como em ambientes de pesquisa (ASBAHR, 1998; BERNIK, 1998).

A pesquisa científica e a clínica são o território clássico de utilização de escalas, garantindo que a informação coletada sobre sintomas específicos (em geral, frequência e intensidade) seja padronizada e, portanto, passível de comparação com outros indivíduos de forma confiável, mas as escalas devem ficar restritas à necessidade de quantificação, comparação e replicação de observações. Espera-se que os escores obtidos representem um padrão sintomatológico consistente e comum a todos os portadores daquele transtorno, independentemente do tipo de cultura estudada (ITO; RAMOS, 1998).

No IDATE, a verificação da adequação da tradução foi feita por meio do cálculo das correlações entre escores nas duas formas, por sujeitos bilíngües (português – inglês), onde seus escores, ao responderem a escala em um determinado idioma devem ser aproximadamente os mesmos que ao responderem no outro, gerando correlações altas

(STAXI – 0,74 a 0,94) (BIAGGIO, 1998; BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBERGER, 1979).

Numerosos estudos utilizando o IDATE confirmaram a presença de dois fatores ansiedade traço e ansiedade estado, tanto em amostras clínicas quanto em não clínicas, (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998) e, segundo um levantamento realizado a respeito das escalas mais utilizadas nos últimos anos, como escalas de auto-aplicação, temos o inventário de ansiedade traço-estado (IDATE); SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1970; ANDRADE; GORENSTEIN, 1998; OIE; EVANS; CROOK, 1990.

Ao mesmo tempo em que se tem grande indício de que o IDATE é um método seguro, confiável e adequado às intenções deste estudo, surgem os pontos críticos que deverão ser atenuados, conforme as possibilidades de execução e permissão para o mesmo.

Aplicar escalas de ansiedade desenvolvidas para serem respondidas pelo sujeito sentado em uma mesa, como é o caso do IDATE, em clientes que se encontram deitados e/ou com venopunção, sendo os questionários de auto-avaliação tendo o seu preenchimento em ambiente comum de sala de espera, junto com outros pacientes em tratamento, provocarão alterações nos escores devido à subestimação do seu estado, ou por discrepante reação frente à exposição de sua pessoa. Outra fonte de erros comuns é a utilização de mais de um avaliador para o mesmo sujeito, um grande número de avaliadores, em um mesmo projeto, e falhas no treinamento e na monitorização dos avaliadores (BERNIK, 1998).

A avaliação de escalas clínicas deve considerar o estado ansioso do paciente, que pode interferir na atenção ao preenchimento correto das escalas, ou contribuir para distorções e exageros na descrição da sintomatologia. Embora a maioria das escalas

contenha um enunciado explicativo sobre o seu preenchimento, o paciente deve ser inicialmente orientado em como respondê-las adequadamente, o que nos permite solucionar parte do problema apresentado neste parágrafo e no anterior (ITO; RAMOS, 1998).

Escalas do observador têm sido reputadas como mais confiáveis e válidas. Porém, em algumas situações é impossível se avaliar o resultado de uma manipulação experimental sem a opinião do sujeito. Em várias situações, questionários de auto-avaliação vão proporcionar informações mais úteis. Esse é o caso de quando a variável a ser medida tem a característica de ser uma experiência facilmente entendida e relatável pelo paciente em termos leigos, sem a necessidade de interpretação psicopatológica. Esses instrumentos costumam ser de fácil aplicação e sua praticabilidade libera um pouco o pesquisador (BERNIK, 1998).

Da mesma forma, o estado elevado de ansiedade do cliente também deve ser considerado com atenção pelo avaliador, para que não se torne um fator de viés na sua própria avaliação. É essencial que o avaliador esteja devidamente treinado e familiarizado com o preenchimento das escalas. Além disso, ele deve ter bom conhecimento clínico sobre o transtorno e a população atingida, evitando ao máximo que a sua avaliação seja apenas uma reprodução da informação do paciente e assim contribuir para a coleta de dados confiáveis (ITO; RAMOS, 1998).

Adequando a fala de Ito e Ramos (1998) para o universo desta pesquisa, torna-se claro que pretende-se, através da utilização de instrumentos padronizados de avaliação, realizar uma avaliação inicial do cliente como auxiliar à entrevista clínica e, ao longo do tratamento para a monitorização da evolução da resposta à terapêutica. Na avaliação inicial, o objetivo é caracterizar o quadro clínico de forma sistemática e rápida,

abrangendo ampla gama de sintomas, sendo os dados coletados transformados em um escore numérico resumido que reflete a frequência e a gravidade dos sintomas. A avaliação pode ser repetida ao longo do acompanhamento com o objetivo de investigar a melhora clínica obtida (que, nesse caso, é esperada após o fornecimento de orientações e esclarecimentos aos clientes). A reavaliação por meio de escalas fornece dados objetivos sobre a evolução do cliente, os quais nem sempre são facilmente obtidos apenas com a entrevista clínica não estruturada. Além disso, a discussão a respeito de suas respostas às escalas facilita a análise objetiva do seu estado clínico e da evolução do quadro em acompanhamento, uma vez que, neste estudo, a ansiedade é uma resposta esperada, sendo determinada por um evento claro na vida do indivíduo, que se resume na condição de submeter-se a um procedimento terapêutico invasivo denominado de ACTP.

Ao determinar a influência da ansiedade no sistema cardiovascular, com maior agravamento direcionado aos clientes com doença isquêmica cardíaca, apresenta-se aqui inquietações que conduziram a este estudo, a saber: qual seria o nível de ansiedade do cliente ao dar entrada no serviço de hemodinâmica? Quais seriam os valores de pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória dos indivíduos que se submeteriam à ACTP? Se a ansiedade interfere diretamente na compreensão do conteúdo pertinente às informações que serão fornecidas pelo profissional enfermeiro, momentos antes de ser realizado um procedimento terapêutico invasivo, então, será que as informações fornecidas auxiliariam o cliente na redução dos níveis de ansiedade frente ao procedimento proposto? Qual seria o nível de ansiedade dos clientes cardíacos isquêmicos no momento antes da realização da ACTP? Será que só a realização de orientações antes do procedimento seriam suficientes para diminuir os níveis de ansiedade desses clientes?

3 - OBJETIVOS

- Mensurar o nível de ansiedade, em cardíacos isquêmicos, submetidos ao procedimento de Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (ACTP), em três momentos distintos: antes e após receber as orientações e dez minutos antes de entrar em sala para o procedimento.
- Identificar as características da ansiedade em seus diferentes níveis durante o tempo de espera para o procedimento.

4 - DESENHO METODOLÓGICO

Este trabalho possui delineamento descritivo (ou explicativo), definido por Gil (2002) como exploratórios os trabalhos que visam desenvolver maior familiaridade com o problema, explicitando-o e tendo um sistema de planejamento flexível; que aqui vem em associação com a descrição das características apresentadas pela população em relação ao fenômeno em estudo, e que tem por finalidade analisar os possíveis fatores que condicionam a ocorrência dos fenômenos (BOAVENTURA, 2004).

No que diz respeito aos procedimentos metodológicos, pesquisas qualitativas de campo exploram técnicas de observação e entrevistas, por essas serem capazes de penetrar na complexidade de um problema (SELLTIZ et al., 1987).

Para o alcance dos objetivos propostos, optou-se por desenvolver estudo qualitativo, na tentativa de melhor abordar as variáveis estudadas.

Para tanto, utilizou-se também do emprego de métodos qualitativos (descrevendo o processo, em busca de seus significados) e quantitativos (para determinar valores em sua coleta e aplicar métodos estatísticos para a sua análise), segundo Boaventura (2004).

4.1 - A escolha do método

Depois de percorrer literaturas que definem e descrevem diferentes métodos científicos os quais permitem embasar e conduzir o pensamento crítico, definiu-se para esta pesquisa a utilização do método de estudo de caso. Utilizou-se o planejamento quase experimental pela ausência de condições para se estabelecer grupo controle e grupo experimental.

Metodologicamente, então, foi optado por realizar a descrição de múltiplos casos que foram analisados de forma comparativa. Yin (2001) recomenda esse método para examinar acontecimentos contemporâneos, sem manipular os comportamentos relevantes, onde o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e o foco está nos fenômenos contemporâneos, inseridos na vida real e cotidiana, de forma contextual.

O Estudo de Caso é definido como uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa, aprofundadamente, de acordo com sua natureza e abrangência, e tem sua complexidade determinada pelos suportes teóricos que orientam o investigador, na observação do fenômeno em evolução e suas relações estruturais fundamentais (TRIVIÑOS, 1987; LAVILLE; DIONNE, 1999).

Os estudos de casos observacionais, comuns em pesquisa qualitativa, desenvolvem-se com a coleta de informações através da observação participante, sendo que mesmo ao se relacionar com o todo, apenas uma parte é o que se enfoca e interessa ao pesquisador. Esse terá seus propósitos bem definidos, e mesmo que o meio apresente necessidades específicas que necessitem da sua cooperação, deverá ser acordado entre ambos o que se considera importante para ser trabalhado (TRIVIÑOS, 1987), não sendo o pesquisador um observador passivo e sim participante ativo dos eventos que estão sendo

estudados, e/ou por meio de observação direta de comportamentos ou ambientes em condições relevantes, sendo uma outra forma de evidências para um estudo de caso (YIN, 2001).

Segundo Boaventura (2004), tal método foi desenvolvido por Langdell (diretor da Universidade de Harvard – EUA), em 1870, como instrumento didático com objetivo de modificar os padrões de ensino, diminuindo a lacuna existente entre a teoria e a prática. Alcançou grande impacto no meio universitário e profissional do pós-guerra civil, com consideráveis efeitos práticos, empíricos e indutivos na forma de pensar e praticar o ensino da jurisprudência. Estendeu-se com sucesso a outros campos nas ciências sociais, biológicas e na educação.

Nas ciências sociais teve grande aceitação, com seu desenvolvimento a partir do século passado, trazendo riqueza e profundidade às análises sociopolíticas e administrativas, por considerar o meio como um fator decisivo para a determinação dos fatos.

Para Kimura e Merighi (2003) o interesse por essa modalidade metodológica vem aumentando nos últimos anos na área psicossocial e educacional e, dentre elas, na enfermagem. No entanto, ainda se faz presente algumas dúvidas, indefinições e obscurantismo teórico, enquanto procedimento para análise de situações sociais, econômicas e educacionais.

Esse método é definido na literatura, segundo Triviños (1987), como uma categoria de pesquisa, cujo objeto é uma unidade que será analisada, de acordo com sua profundidade e abrangência, sendo a sua complexidade determinada pelos suportes teóricos que permitem orientar o investigador na observação do fenômeno em evolução e suas relações estruturais.

Assim sendo, é uma modalidade de pesquisa qualitativa, onde se faz desnecessário o emprego de estudos amostrais, com variáveis preestabelecidas e ênfase na quantificação dos resultados. Para tal, o pesquisador, em sua coleta de dados pode optar em querer saber a frequência que um dado fenômeno ocorre, dentro de uma certa realidade, expressando os resultados com números associados à análise qualitativa, o que extrapola e muito à simples descrição factual por admitir a interação ativa e dialética existente entre objeto e sujeito (KIMURA; MERIGHI, 2003).

Pode também se referir a uma análise minuciosa e aprofundada da dinâmica patológica de uma determinada doença, em um caso individual, pressupondo adquirir conhecimento de um fenômeno específico a partir da exploração intensa de um único caso; compreendendo-o em seus próprios termos por meio de uma técnica de análise holística, que considera a unidade social estudada como um todo (GOLDENBERG, 1999).

Existem outras variações do método de estudo de caso, como o estudo de caso coletivo, ou de múltiplos casos. Segundo Stake (1994), o método de múltiplos casos pode ser definido como um estudo instrumental extensivo a vários casos. Nessa modalidade de estudo de caso, estuda-se um número de casos articuladamente em sequência, com vistas a se conhecer o fenômeno, a população ou uma condição geral.

Para Yin (2001), a utilização do método de estudo de caso com sua aplicação em sistema de casos múltiplos ou comparativos é vantajosa, pois as provas resultantes são mais convincentes e o estudo em si é mais robusto. A diferença básica entre o estudo de caso de único caso e o de múltiplos casos está em buscar, no estudo de múltiplos casos, as mesmas evidências em um número maior de casos, estabelecendo-se análise correlacional entre as causas e o fenômeno em estudo.

Foi definido o método de estudo de caso como a estratégia escolhida para uma investigação empírica na qual se buscou examinar acontecimentos contemporâneos dentro de seu contexto na vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos e não se podem manipular comportamentos relevantes.

Um dos pontos fundamentais para a execução desse método está na boa delimitação do caso, fato esse reforçado por Lüdke e André (1986) quando relatam a necessidade de haver contornos bem definidos ao se desenvolver o estudo. Pode ser similar a outros, sendo ao mesmo tempo distinto pelo seu interesse próprio e singular, mesmo que se encontrem semelhanças com outros casos. Segundo os autores, as características consideradas fundamentais para o desenvolvimento desse tipo de estudo são:

- descobrir sempre novas respostas e novos questionamentos no seu desenvolvimento;
- dar ênfase à análise dos dados, considerando o contexto;
- retratar a realidade de forma completa e aprofundada, revelando as várias dimensões que envolvem a situação em estudo;
- empregar vários tipos de fontes de informação;
- permitir generalizações naturalísticas pelo encontro de pontos de identificação e/ou confirmação com as experiências reveladas na pesquisa;
- descrever pontos de vistas diferentes ou conflituosos da mesma situação social e revelando o próprio ponto de vista, sem que haja uma perspectiva mais verdadeira;

- empregar linguagem acessível aos relatos, de forma que se aproxime da experiência pessoal do leitor.

Para Gil (2002), no entanto, a característica fundamental para o desenvolvimento do método de estudo de caso é a necessidade de aprofundamento exaustivo em um ou poucos objetos de estudo, permitindo que se conheça mais detalhadamente e de forma ampla o tema investigado. Analisar uma unidade em um universo possibilita a compreensão da generalidade do mesmo, ou, ao menos, possibilita estabelecer subsídios para uma nova pesquisa mais sistemática e precisa.

Os autores Ludke e André (1986) dividem o desenvolvimento do método de estudo de caso em três fases distintas, propondo que seja construído seguindo a sequência:

- 1- fase exploratória ou aberta: inicia-se com algumas questões ou pontos críticos que, no decorrer da pesquisa, serão explicitados, refutados ou abandonados, conforme for determinada a sua relevância à situação em estudo. Os pontos críticos ou questões iniciais se mostram durante a revisão bibliográfica pertinente ao tema, embasada em depoimentos de especialistas sobre o assunto, do contato inicial com a documentação existente e com indivíduos ligados ao problema em si, ou, até mesmo em especulações baseadas na experiência profissional do pesquisador ou do grupo em que está inserido. Essa fase se torna fundamental para a definição precisa do objeto de estudo, formando uma visão da realidade ao tentar captá-la como é, em todo seu decorrer; assim, cabe lembrar que a finalidade do estudo de caso é retratar uma unidade em ação;
- 2- fase de delimitação do estudo: depois de identificados os pontos chave e os contornos do problema em estudo, procedem à coleta de dados sistematizada (empregando-se instrumentos de coleta de dados semi-estruturados, aliados a

outras técnicas variadas, sendo a escolha feita de acordo com as características do objeto de estudo). Determina-se que não será possível explorar todos os ângulos do fenômeno se o tempo for limitado, assim, os aspectos mais relevantes associados à determinação do recorte tornam-se fundamentais para se obter uma compreensão mais completa da situação estudada;

- 3- fase de coleta, análise, interpretação e relato sistemático: na fase exploratória, já se pode associar à informação coletada, sua análise que se disponibiliza sob a forma de relatórios para que se identifique a relevância e acuidade. O registro dos dados para apresentação pode ser feito em forma de relatórios por escrito, ou em apresentações visuais ou auditivas (transcrição de entrevistas ou por *slides* e fotografias).

Conforme a descrição dos passos para a realização de um estudo de caso, percebe-se que as fases se complementam, constantemente, durante os encontros realizados entre a teoria e o empirismo.

Alguns autores, como Triviños (1987) e Moser e Kalton (1983), relatam que os meios empregados na investigação quantitativa podem ser utilizados no enfoque qualitativo, onde os instrumentos empregados adquirem vida definida quando são iluminados pelas teorias, dessa forma, fez-se possível realizar a coleta dos dados objetivos aliada à aplicação de um inventário já validado por outros pesquisadores (BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBERGER, 1979; PASQUALI; PINELLI; SOLHA, 1994; CADE, 2002) e complementada pela descrição dos comportamentos e percurso dos sujeitos da pesquisa, bem como o meio ao que estava integrado, empregando-se a técnica de observação diretiva participante, para este estudo.

Quanto aos elementos imprevistos, seus detalhes, por meio do método de estudo de caso se tornam conhecidos de forma mais profunda, e podem obrigar a se reexaminar certos aspectos das teorias empregadas como alicerce da investigação. Assim, o método de estudo de caso tem como forte respaldo ao seu emprego a capacidade de se tornar fonte de enriquecimento e refinamento dessas teorias (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Segundo os autores, o papel do pesquisador que emprega esse método é o de escolher casos exemplares, considerando não somente os aspectos que lhe convém em relação às suas expectativas ou opiniões, mas todos aqueles que podem se verificar pertinentes, encontrando-se a idéia de “caso-belo”, no sentido de casos típicos e representativos, por meio dos quais se extrapolará do específico e particular para o geral.

O desenvolver de um estudo com características peculiares a uma dada população pode mostrar-se restrito, mas Lüdke e André (1986) relatam que, no estudo de caso, as generalizações são feitas em âmbito naturalístico, onde o leitor é que estabelecerá as semelhanças entre os muitos aspectos, do caso particular, com os outros casos por ele vivenciado. Processo que emprega o conhecimento formal (técnico e acadêmico) e conhecimento tácito (impressões, sensações e intuição), para que procedam às generalizações dos leitores, e assim possam se desenvolver novas idéias, novos significados e novas compreensões.

Assim pode se concluir que o estudo de caso tem por objetivo técnico-metodológico trazer a compreensão de um fenômeno e não apenas a sua descrição aprofundada e detalhada. Ao se compreender o fenômeno pode-se realizar as generalizações para os demais casos daquela determinada população. As generalizações devem ser realizadas por profissional que possui conhecimento técnico sobre a

problemática abordada, bem como capacidade para contextualizar e fazer o reconhecimento do fenômeno e de suas derivações.

Os motivos de se empregar essa forma metodologia de estudo na área de enfermagem foi justificada de forma clara e precisa por Kimura e Merighi (2003), conforme segue.

... Contribuir na produção de conhecimento em enfermagem, uma vez que a tendência desta é valorizar as questões subjetivas do ser humano, priorizar a pessoa em sua individualidade, na sua relação com o cotidiano, articulado no processo sócio-cultural em que está inserida.

Esta abordagem permite capturar a experiência vivida pela pessoa no processo saúde-doença a partir do próprio significado que ela atribui à própria vivência em seu ambiente naturalístico, vindo, portanto, ao encontro com os propósitos que envolvem as questões da assistência de enfermagem e com a produção de conhecimento nesta área (p. 18).

Durante o percurso de encontro teórico, por meio de revisão da literatura, o princípio da investigação, mas também seu meio e fim, dentro da metodologia do Estudo de Caso. O que possibilitou o reconhecimento de conceitos e referenciais teóricos que se aplicam ou que merecem ser postos em discussão para se proceder a uma nova leitura da realidade que determina.

Yin (2001) descreve que, para o desenvolvimento de um trabalho por meio da aplicação do método de estudo de caso, as questões de pesquisa são impreteríveis para que se determinem quais são as melhores estratégias de pesquisa para a execução do trabalho.

O conhecimento real e prático referente ao assunto abordado pela pesquisa pode auxiliar no seu direcionamento, contribuindo de forma efetiva no questionamento da

realidade vivida, indicando formas e meios de se estabelecer uma nova relação e, principalmente, destacando o que é preconizado pela literatura e não desenvolvido no cotidiano, juntamente com as suas razões e relações.

Sempre que se tem contato com determinado foco de estudo, sua primeira leitura retira vendas e mostra toda a sua riqueza, o que, para um estudioso representa um emaranhado de dúvidas e indagações a serem sanadas, sendo muitas vezes o início para uma nova pesquisa. À medida que se executa o estudo, verifica-se que muitas dessas indagações precisarão de um segundo, terceiro ou até quarto projeto de pesquisa para que sejam solucionadas, mas nunca terão o seu fim, pois sempre ao se ter uma nova resposta há, em associação, inúmeras dúvidas.

Ao descrever a utilização dos métodos qualitativos em pesquisa, Lüdke e André (1986), apontam esse processo como ferramenta rica na busca de aspectos imprevistos e surpreendentes de cada situação, mas, para se preservar a riqueza dos fatos que se apresentam, é necessário o abandono de preconceitos e do olhar único e vicioso sobre a realidade.

4. 2 - O fenômeno em estudo

Denominou-se como fenômeno em estudo, nesta pesquisa, a ansiedade que se mostra presente entre os clientes cardíacos isquêmicos, sendo ou não característica de sua personalidade, mas como forma de reação a um determinado estímulo. No caso, o “estímulo” em questão é o procedimento terapêutico intervencionista nas artérias coronárias, denominado de angioplastia coronária transluminal percutânea – ACTP. Procedimento este, indicado para indivíduos com doença arterial coronariana (DAC), caracterizada por obstrução das artérias, pela presença de ateroma no endotélio das coronárias, levando a possível área(s) isquêmica(s) no músculo cardíaco.

O estudo da ansiedade evidenciada pelos clientes que irão se submeter à ACTP deu-se através do acompanhamento dos indivíduos, durante todo o período prévio ao procedimento, no dia da realização da ACTP. Para isso buscou-se observar a ansiedade do indivíduo, desde o momento de sua admissão no setor de cardiologia até o momento de sua entrada na sala de procedimento. Para a mensuração da ansiedade, uma variável de cunho subjetivo, empregou-se um instrumento desenvolvido e validado para a língua portuguesa por Biaggio; Natalício; Spielberger (1979) (APÊNDICE A).

Determinou-se como casos estudados, nessa pesquisa, o período (de tempo) prévio à realização do procedimento de ACTP, desde a chegada do indivíduo ao serviço de cardiologia até sua admissão no laboratório de hemodinâmica (denominado sala de cateterismo), para realização do procedimento.

Ao compreender que a ansiedade nem sempre é reconhecida pelo indivíduo, o que a faz ausente em seus relatos verbais, foi necessário uma investigação e conhecimento mais amplo de seus sinais e sintomas, bem como das repercussões que a mesma produz

sobre o organismo humano. Por isso optou-se por elaborar um roteiro de observação que foi aplicado em todos os clientes que participaram do estudo através da observação direta do cliente durante todo o período que antecipava o procedimento (APÊNDICE B).

Conforme já citado, na introdução deste estudo, evidencia-se que o tipo de estimulação produzido pelo SNA interfere diretamente no funcionamento do sistema cardiovascular, e que em pessoas que já apresentam algum tipo e/ou grau de comprometimento funcional cardíaco, a ansiedade desencadeia respostas em intensidade e as artérias coronárias não se apresentam em condições para suportar a demanda, por já apresentarem alterações patológicas de suas funções como nos casos de DAC, IAM, AE, AI, DM, HAS, pois, com a estimulação produzida pela ansiedade, também está presente o inconveniente de se agravar as patologias preexistentes ou desencadear suas descompensações.

Ao contextualizar esse tema, sabe-se que o indivíduo isquêmico apresenta comprometimento do fluxo sanguíneo ao músculo cardíaco. Se for adicionado a esse, uma carga de estimulação simpática (liberação de adrenalina e noradrenalina) terá como resposta a vasoconstrição periférica aliada ao aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, fazendo com que o músculo cardíaco seja mais estimulado, o que acarreta a necessidade direta de maior concentração de nutrientes e oxigênio, que chegam ao mesmo por meio do sistema circulatório.

Recordando-se de que esse sistema está comprometido pela existência de placas ateromatosas, que impedem a vasodilatação coronariana (o que assegura o maior aporte de oxigênio e nutrientes ofertados pelo sistema sanguíneo), torna-se óbvio que a relação oferta e demanda se torna desequilibrada, ocorrendo uma demanda de oxigênio maior que a oferta, assim o músculo acaba sendo privado de seus elementos essenciais para o

adequado funcionamento, o que pode levar à isquemia cardíaca primária, ou quer ao seu agravamento em extensão, ou quer em áreas.

Ao se estudar os casos, foi imprescindível a análise dos fatores ansiogênicos que se encontram dispersos no meio, nas pessoas envolvidas com os sujeitos da pesquisa ou os próprios sujeitos do estudo. Devido a isso, considerou-se oportuno observar também e incluir no estudo aspectos que envolvem a unidade, a equipe, os demais clientes, os sujeitos da pesquisa e seus diagnósticos clínicos, visando aprofundar a compreensão dos casos em estudo.

Como meio de se obter dados concretos cerca dos componentes subjetivos que envolvem o fenômeno em estudo, empregou-se técnicas de observação direta, observação participativa e mensuração objetiva de dados em três momentos distintos durante a espera pelo procedimento de angioplastia coronariana (sinais vitais e aplicação de inventário para identificação da presença da ansiedade e classificação).

Os casos foram estudados, como já descrito anteriormente, no período em que o cliente esteve presente no Setor de Cardiologia, desde sua chegada ao serviço até o momento em que o mesmo foi levado para a sala de cateterismo I onde seria submetido ao procedimento de ACTP. Esse período delimitou o tempo de observação do pesquisador sobre o comportamento do sujeito e a observação direta das manifestações de ansiedade.

Para facilitar a compreensão das fases de execução deste estudo, desenvolveu-se o seguinte organograma:

Figura 4 - Organograma de composição do estudo, segundo o desenvolvimento do mesmo

Para melhor observação dos casos, organizou-se o período estudado em uma única fase onde se procedeu à realização da observação participativa que se desenvolveu durante toda a estada do sujeito no serviço ao aguardar o procedimento, e durante todo o período de observação houve a intervenção do pesquisador em três momentos a saber:

- **primeiro momento:** foi realizado durante o período compreendido pela admissão do paciente no setor de cardiologia (horário variável, de acordo com a apresentação do mesmo à recepção do serviço), com encaminhamento à sala de espera, onde poderia ser chamado pelo enfermeiro da unidade para conferência do uso das medicações prescritas, depois sendo apresentado ao pesquisador, ou, em alguns casos, sendo chamado diretamente pelo pesquisador que o conduzia ao consultório, onde realizava a sua

apresentação, apresentação do estudo, esclarecimento dos objetivos do estudo e deixava o cliente e seu acompanhante a sós por, aproximadamente, dez minutos; a seguir, o pesquisador retornava ao local e iniciava o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), coletava-se os dados de identificação, aplicava-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (duração aproximada de 30 minutos) e aferia-se a frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial.

Destaca-se que a aferição do número de batimentos cardíacos por minuto era realizada em pulso radial esquerdo, por um minuto, para a obtenção do seu valor correspondente. Para determinar a frequência respiratória observava-se a movimentação torácica produzida pela expansibilidade do tórax durante a inspiração, por um minuto, para determinação da frequência respiratória, sendo solicitado ao cliente que permanecesse em silêncio pelo prazo de um minuto (BATES, 1993; PORTO, 1996; POTTER; PERRY, 1999).

A pressão arterial foi determinada conforme a padronização da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), presente nas IV diretrizes para verificação da pressão arterial, publicado em 2002, foi padronizada a utilização do membro superior direito com cliente em posição sentada, distante do eixo do corpo a 45 graus, em suporte de metal, após cinco minutos de repouso. Quando era detectado junto ao sujeito a realização de caminhada ou esforço físico a mensuração da PA era realizada após trinta minutos de repouso. Foi utilizado manguito de doze centímetros de largura, esfigmomanômetro de coluna de mercúrio calibrado e certificado pelo INMETRO; com emprego do reconhecimento das fases de Korotikoff para determinação dos valores da pressão arterial sistólica e diastólica em milímetros de mercúrio, sem arredondamentos;

- **segundo momento:** realizados dez minutos depois de recebidas as orientações de enfermagem pertinentes ao procedimento de ACTP. O cliente era chamado pelo pesquisador ao consultório, ou sala em separado, e aplicava o Inventário de Ansiedade-Estado de Spielberger (duração aproximada de 20 minutos). Após aplicação do instrumento, com o cliente ainda sentado era realizada a aferição da frequência cardíaca, da frequência respiratória e pressão arterial, seguindo as mesmas técnicas e rigores descritos anteriormente;

- **terceiro momento:** realizado dez minutos antes do cliente entrar na sala para realização da ACTP, sendo que esse tempo era determinado através de comunicação do funcionário, escalado na sala de procedimentos, ao pesquisador de que o procedimento anterior havia terminado. O cliente era chamado pelo pesquisador ao consultório, ou sala em separado, e se aplicava o Inventário de Ansiedade-Estado de Spielberger (duração aproximada de 20 minutos) e com o cliente ainda sentado era realizada a aferição da frequência cardíaca, da frequência respiratória e pressão arterial, seguindo as mesmas técnicas e rigores descritos anteriormente.

Depois de encerrada a coleta dos dados, solicitava-se ao cliente que fosse ao banheiro para substituição de suas vestes por um pijama da instituição (sem o uso de peças íntimas) e que esvaziasse a bexiga completamente.

5 - METODOLOGIA

5.1 - Local do estudo

O local escolhido para a realização do estudo foi um hospital de grande porte do interior do Estado de São Paulo, pertencente à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, denominado Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Esse hospital está situado no *Campus* Universitário do Monte Alegre de Ribeirão Preto (SP) da Universidade de São Paulo (USP), na zona oeste da cidade e atende clientes de diferentes origens e especialidades médicas em regime de encaminhamento por sistema de referência e contra-referência, conforme normatização do Sistema Único de Saúde (SUS). É classificado como serviço de referência em nível terciário de resolutividade por sua alta complexidade

O Serviço de Cardiologia ou Hemodinâmica está localizado no prédio A, com duas salas para execução de procedimentos intervencionistas (sala de cateterismo I e sala de cateterismo II) sendo que apenas uma é utilizada para a realização de angioplastia coronariana transluminal percutânea – ACTP, ou seja, a sala de cateterismo I.

Neste setor atuam as seguintes classes profissionais: médicos cardiologistas (dezoito contratados, oito residentes de terceiro ano, oito residentes de quarto ano, quatro residentes de quinto ano), enfermeiros (um Diretor de Serviço, um Enfermeiro Chefe, dois Enfermeiros contratados, dois Residentes de Enfermagem), aprimorandos em fisioterapia (dois), pós-graduandos em: enfermagem (um), medicina (seis) e fisioterapia (dois), e graduandos em medicina (sexto ano e quinto ano com total de quinze alunos, respectivamente), constantemente, com atuação direta nos cuidados com o cliente e, em alguns casos, no acompanhamento de sua evolução clínica após procedimento, em sistema ambulatorial.

Os ambientes onde se procederam às observações participativas a respeito das relações entre cliente e funcionários, pesquisador, ou demais pessoas presentes, fazem parte da dinâmica do estudo por se relacionarem diretamente com possíveis reações do sujeito ao ambiente e sua composição.

Os fatores que podem ser descritos como geradores da resposta ansiogênica incluem: ambiente desconhecido, ou não acolhedor, conteúdo de assuntos abordados no ambiente, comportamento das pessoas presentes no mesmo meio, entendimento das informações fornecidas, tempo de espera para o procedimento, ansiedade das demais pessoas, entre outros.

1 - Recepção: ambiente de paredes brancas na visualização de seu aspecto interno, sendo composto por sala e corredor divididos por uma divisória de plástico bege claro nas maiores áreas e alumínio nos elementos de sustentação e encaixe, com vidro inteiriço de 150 cm de altura por 250 cm de comprimento e 1 cm de espessura; com orifícios dirigidos para papéis em baixo e orifício circular com quinze centímetros de diâmetro para a comunicação verbal do cliente com a funcionária, a 40 cm acima nos pontos de 130 e 200

cm em seu comprimento. A área interna da recepção tem por dimensões 350 cm de comprimento por 200 cm de largura e 300 cm de altura; em seu interior tem-se mesa em parede lateral esquerda com cadeira e impressora matricial, parede lateral direita com armário embutido do tipo balcão e suspenso, de cor branca, em fórmica, com cinco portas superiores de 45 cm de largura por 100 cm de altura e profundidade de oitenta centímetros, sendo o espaço interno dividido igualmente por uma prateleira, e inferiores de 130 cm de altura com as mesmas medidas para largura e profundidade, sendo seu espaço interno dividido por duas prateleiras (a 100 cm e a 50 cm da altura), onde, em ambos, são depositados os impressos utilizados no Setor de Cardiologia, formulários contínuos, folhas em branco, cadernos e material de escritório. Entre a parte superior e a inferior estão dispostas um total de 32 cancelas com 40 cm de profundidade, onde são colocados os impressos mais utilizados pelos funcionários do setor e os 40 cm restantes, das cancelas ao final do armário, funcionam como balcão onde se depositam os pedidos dos exames agendados e alguns prontuários, conforme necessidade do exame. Na parede ao fundo, pintada em cor branca, em seu centro, passa um conduíte externo em metal onde foi afixado um enfeite feito por dobraduras de pássaros em *dégradé* por papel colorido feito com miçangas e guiso com franja em arremate, com 130 cm de comprimento no sentido vertical. Logo abaixo e à direita, tem-se uma mesa de fórmica, imitação madeira escura, com 110 cm de altura por 60 cm de profundidade e 120 cm de largura, onde se colocavam os prontuários vindos do Serviço de Arquivo Médico (SAME) do hospital e aqueles do dia anterior para sua devolução ao mesmo serviço. Encostado com a divisória tem-se uma mesa com dois computadores de mesa, dois telefones, sendo um PABX, um microfone para avisos e solicitações ao ambiente interno da unidade e as agendas para os diversos exames realizados nesse setor, e uma impressora matricial que fica em mesa auxiliar ao

lado esquerdo desse balcão e diretamente atrás da porta que liga a parte interna da recepção com o seu corredor (liga corredor externo da Unidade ao seu corredor interno, tendo 100 cm de largura entre a divisória e a parede por 350 cm de comprimento). Nesse local as pessoas se identificam e entregaram o pedido do exame, sendo encaminhadas para a sala de espera que fica ao lado e se tem acesso retornando ao corredor externo, ou realiza-se o agendamento de exames solicitados ao setor. A iluminação de toda a área é feita por meio de luzes fosforescentes brancas, dispostas em três conjuntos de duas lâmpadas de 100 cm paralelamente à divisória, sendo duas no ambiente interno da recepção, ao centro do teto em espaços equidistantes, e um conjunto colocado no corredor da recepção, de forma centralizada, no sentido de sua largura. O piso da área interna e do corredor da recepção é de paviflex na cor bege.

2 - Sala de espera: contato direto com o corredor externo do setor, com as dimensões de 350 x 350 x 220 cm onde estão dispostas em quatro fileiras fixas com seis cadeiras de plástico amarelas, ou caramelo, com estrutura em ferro pintado de preto, distantes umas das outras em 40 cm, sendo que a primeira fila está a 100 cm da parede (todas de cor amarela com pontinhos brancos e cinza), formando um corredor, que se liga através de uma porta ao corredor interno do setor por onde as pessoas são chamadas pelo nome completo para a realização de seus exames. A última fila de cadeiras está a três centímetros da parede de fundo e todas terminam encostadas na parede lateral que fica à esquerda de quem se senta e o forro desse ambiente é feito de gesso, em placas de 50 x 50 cm, com bolas de 0,3 e 0,5 cm de diâmetro salpicadas aleatoriamente em baixo relevo. Como parte da sala de espera, o corredor de acesso ao setor foi equipado com uma fileira de 450 cm de comprimento, de cadeiras (iguais às da sala de espera) encostadas na parede externa do setor e que termina a 50 cm da porta por onde entram os funcionários e clientes

hospitalizados que vêm em cadeira de rodas ou macas, o que deixa o corredor externo com 200 cm de largura. De frente a essas cadeiras há uma parede, que fecha o corredor externo, sendo que a 150 cm de altura estão dispostos vitrôs de 50 x 50 cm em toda sua extensão. A iluminação local é feita através de quatro conjuntos: quatro de lâmpadas fosforescentes, brancas, de 80 cm, sendo que apenas duas lâmpadas de cada conjunto estavam acesas, dispostas no centro de cada um dos quadrantes no forro. O piso do local é de paviflex na cor bege.

3 - Corredor interno do Setor de Cardiologia: apresenta-se com piso de paviflex na cor bege, em toda sua extensão. Sua iluminação é feita por meio de conjuntos de quatro lâmpadas fosforescentes, brancas, de 120 cm de comprimento, centralizadas no forro, ao meio do corredor, sendo colocadas no sentido do comprimento do corredor a cada três metros, sendo que esse tem vinte metros. O forro é feito em gesso, de cor branca, com aplicação de baixo relevo de círculos em diferentes tamanhos, em placas quadradas de cinquenta centímetros cada. As paredes são de alvenaria, em cor branca e contêm cinco painéis retangulares e um quadrado, de feltro verde com borda em alumínio polido de um centímetro de largura, afixados a 100 cm do piso, para quem entra no corredor vindo da recepção, ou da sala de espera, estão à sua direita, sendo o primeiro localizado entre a porta do consultório e o corredor de entrada para funcionários e clientes em maca, ou cadeiras de rodas, tendo 80 x 80 cm onde são afixados convites aos funcionários do setor, junto com as escalas e notas dos alunos de graduação que estão passando pela especialidade de cardiologia. Após o corredor, há um painel retangular de 80 x 200 cm, onde se fixam as escalas de cateterismo e angioplastia para a semana, um eletrocardiograma para análise dos residentes de cardiologia e os programas da residência para os ambulatorios e discussões de caso, além da escala mensal dos residentes pelos

diversos locais que o programa de residência em cardiologia contempla. A 50 cm desse há outros quatro painéis de 150 x 200 cm, dispostos em sequência, com distância de 30 cm um do outro, sendo que no primeiro afixam-se os artigos publicados em revistas indexadas pelos docentes e alunos da cardiologia, no segundo são colocados *folders* de eventos científicos nacionais e internacionais nas diversas subespecialidades de cardiologia e, nos dois últimos, estão dispostos os pôsteres apresentados em eventos técnico-científicos no ano de 2003. À esquerda de quem entra temos encostada na parede uma maca para transporte dos clientes das salas de cateterismo à sala de pós-exame, depois há dois armários de 150 x 120 x 30 cm, em fórmica, imitação de madeira escura, com duas portas cada e, logo depois, antes de chegar à porta da secretaria, há um espelho de propaganda de medicamento cardiológico, com borda de alumínio trabalhado em estilo barroco que tem 25 x 80 cm, fixado a 160 cm do piso, e a 110 cm do piso há um aparador com 80 x 1,5 x 30 cm em granito cinza e com sua base de sustentação, tendo o mesmo material trabalhado do espelho. Passada a porta da sala de cateterismo I há uma mesa de procedimentos em aço inox com 100 x 180 x 70 cm, depois identificado com os nomes dos cinco hemodinamicistas contratados/docentes estão os cabides horizontais, de 50 cm, para os aventais de chumbo, a 150 cm do piso, sendo que entre eles há a distância de 10 cm. Passadas as portas de acesso à sala interna da sala de cateterismo I e da ergometria, estão dispostas cadeiras de plástico caramelo, com armação de ferro pintado de preto, em fila única, sendo separadas pelas portas dos outros setores até a porta da sala de aula/reuniões que, à sua frente, tem os banheiros feminino e masculino, destinados aos clientes em atendimento no setor. Na extremidade distante da recepção há uma porta de madeira, de duas folhas, pintada em tons *dégradé* verde, que separa o corredor interno da área de acesso restrito aos funcionários e médicos do local; e na extremidade próxima à recepção

tem-se duas portas de armário que protegem a área de controle central do ar condicionado e quadros de eletricidade e telefonia do Setor.

4 - Consultório: sala de área total de 200 x 300 cm, com pé direito de 220 cm, piso de paviflex na cor bege, forro branco de gesso feito de placas de 50 x 50 cm, tendo aplicações de baixo relevo de bolas de diferentes tamanhos dispostas de forma aleatória; a iluminação do local é feita por luzes fosforescentes de cor branca em dois conjuntos de dois pares, sendo uma para a sala de consultas e outra para a sua ante-sala, que são separadas por uma divisória de plástico cinza claro na proporção, aproximada, de 1:2. Na ante-sala tem-se um armário de ferro verde musgo, com 180 x 100 x 30 cm, onde são guardadas as camisolas, pijamas, sacos para *hamper* e lençóis destinados ao uso na unidade (para quem entra está encostado na parede à direita), encostado na divisória tem-se uma mesa de fórmica, imitando madeira escura, com 110 x 70 x 110 cm, com três gavetas de 30 x 50 x 15 cm, abaixo 20 cm do tampo e à esquerda, fazendo jogo com a mesa tem-se cadeira estofada de courvim preto com armação em ferro, pintado de preto; ao seu lado esquerdo há uma balança digital de precisão com régua para aferição de estatura. No consultório há, no sentido da porta, um armário de fórmica, imitação de madeira escura, de duas portas, com 150 x 120 x 30 cm onde estão guardadas documentações a respeito de projetos de pesquisa com colaboração internacional em andamento. Ao lado do armário, distante 20 cm, tem-se uma maca de 120 x 180 x 70 cm, estofada com courvim preto e armação em metal pintado de branco (encostada na parede que está ao fundo). De frente para a maca, 40 cm à direita, em parede perpendicular, há uma pia branca de cerâmica com espelho, de 30 x 40 cm, acima 20 cm da mesma e sendo essa parte da parede azulejada. Ainda girando em sentido horário, encostado na parede, tem-se um *freezer* horizontal de 120 x 100 x 130 cm de cor branca, em funcionamento,

onde são guardados materiais para as pesquisas já citadas; estando esse entre a pia (40 cm depois) e a divisória. Entre o *freezer* e o armário, no centro, está uma mesa idêntica à descrita na ante-sala, bem como a cadeira que a acompanha, que tem sua lateral em contato com a divisória e, à sua frente, há duas cadeiras de plástico na cor preta, com armação de ferro em preto.

5 - Sala pós-exame: local destinado a receber os clientes após a realização de procedimentos invasivos, diagnósticos ou terapêuticos, bem como manter aqueles que têm indicação médica de soroterapia. É disposta sua entrada de frente com a porta da recepção para o corredor interno. Seu piso e forro seguem as mesmas características descritas até o momento, bem como as paredes (exceto pela área compreendida entre a pia e o armário que é de azulejo branco). Em seu interior há três macas (estofadas em courvim preto com armação em metal pintado de branco, com 60 x 180 x 120 cm), dispostas entre a porta e os vitrôs (uma delas encostada diretamente na parede que se encontram os vitrôs); entre elas há um espaço de 50 cm, onde se encontram cadeiras de plástico com armação de metal em preto e escadinhas hospitalares de metal, pintadas de branco, dispostas de forma a facilitar o ato de deitar-se na maca. As cabeceiras estão encostadas na parede que fica entre os vitrôs e a porta. Dos pés das macas até a parede em frente há um espaço de 120 cm. Nessa parede, da esquerda para a direita, há um armário de duas portas em fórmica branca (100 x 110 x 40 cm), localizado diretamente abaixo da pia de inox. Sobre a pia encontra-se uma bandeja de inox, forrada com papel toalha rosa, onde se mantém um rolo de esparadrapo impermeável grande, uma almotolia de vidro com álcool a 70%, um frasco com tampa para bolas de algodão seco, um garrote de borracha e uma caixa de luvas de procedimento. Atrás e encostado na parede, há uma pasta de elástico em papel de cor azul, que contém: folhas de anotação de enfermagem, solicitações para a retirada de pontos, impressos para

coleta de dados, ilustrações de auxílio para as orientações de enfermagem e guia de orientação aos clientes. Cinquenta centímetros acima da pia tem-se outro armário com 60 x 110 x 40 cm, com as mesmas características do inferior, sendo ali reservado para a colocação de medicações e dispositivos para punção venosa e sua manutenção. Na mesma altura, no limite superior do armário, distante 20 cm há uma gravura (100 x 50 cm) fornecida por laboratório que mostra o coração sadio e as alterações provocadas por diversas patologias. Abaixo 30 cm, há uma pia pequena (40 cm) para lavagem das mãos, em cerâmica branca. Abaixo da pia, entre o armário inferior e seu encanamento há um suporte de inox para quatro comadres e três papagaios e, ao lado da gravura, 40 cm acima do nível da pia, está o porta-papel toalhas de metal branco. Depois de 30 cm, tem-se um sofá de três lugares em courvim preto com armação de metal em preto. No forro, no rumo das macas, tem-se fixado um suporte giratório extensível e com movimentação perpendicular a seu eixo de 40 cm, com capacidade para até quatro frascos de solução e entre os suportes de soro há um trilho de cortina em alumínio, com 180 cm de comprimento, e cortinas bege em brim de algodão que fazem a separação entre as macas.

5.2 - Sujeitos

Foram sujeitos deste estudo vinte clientes portadores de cardiopatia isquêmica, de ambos os sexos, com idade superior a dezoito anos, submetidos pela primeira vez ao procedimento de ACTP no Setor de Cardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A composição da amostra foi realizada por julgamento, em sistema de demanda espontânea, conforme os sujeitos se apresentavam no setor para o procedimento de ACTP, num período de quatro meses corridos, além de possuir as características pré-determinadas para a inclusão no estudo, conforme definição apresentada por Cooper e Schindler (2003).

5.3 - Critérios de inclusão

Foram incluídos neste estudo os sujeitos que:

- possuíam capacidade de se expressar verbalmente ou por linguagem escrita;
- concordaram livremente, em participar do estudo, por meio de assinatura do

TCLE.

5.3 - Processo de amostragem e determinação do tamanho amostral

A população definida para o estudo foi determinada por razão da especialização da pesquisadora em cardiologia e de sua experiência profissional, envolvendo o atendimento a clientes cardíacos, onde pôde observar o incômodo causado pelo tempo de espera para a realização do procedimento de ACTP e a preocupação com as alterações provocadas pelos estímulos ansiogênicos em clientes que já apresentavam certo grau de comprometimento na função cardíaca (angina, arritmias, dispnéia, insônia, agitação, etc.).

O perfil da população cardiopata, em geral, para o país e o mundo, já se apresenta descrita na introdução do estudo, mas para o desenvolvimento deste estudo iremos trabalhar com os indivíduos que têm indicação para realizar o procedimento de ACTP.

A população, para o ano de 2002, base para o estabelecimento do tamanho amostral específico ao estudo, era constituída de 207 procedimentos de angioplastia coronariana transluminal percutânea, sendo que foram atendidos no serviço de hemodinâmica do referido hospital em estudo através de encaminhamentos do Serviço Unificado de Saúde (SUS), por Convênios Médicos e de serviços médicos particulares. Esses clientes poderiam estar internados em outras instituições (hospitalização), como vindos de outros setores dentro da própria instituição, ou para clientes que chegam ao serviço apenas para a realização do procedimento denominado Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (ACTP), denominando assim o atendimento ambulatorial, o que constitui a população do estudo.

Do número total de 207 procedimentos de ACTP, soube-se, por meio da profissional que realizava a tabulação dos mesmos para posterior envio ao serviço de estatísticas do hospital, que o registro dos mesmos não considerava a existência desse

procedimento em condições anteriores na instituição, colocação de um ou mais *stent*, bem como a realização de uma ou mais dilatações em um mesmo sujeito, o que produziu aumento no número de procedimentos, e não o aumento para o número de clientes atendidos (APÊNDICE C).

O tamanho amostral, em pesquisas qualitativas, é determinado conforme a saturação dos dados no processo de coleta.

5.4 - Coleta de dados

Para a realização do procedimento de coleta de dados foi necessária a confecção de um instrumento para a coleta de dados e um roteiro para a orientação da observação participante. Ambos foram realizados com base na literatura existente.

Após a confecção dos instrumentos necessários para a realização do estudo, pode-se iniciar o procedimento de coleta de dados propriamente dito. Essas duas fases distintas se apresentam descritas, a seguir, em tópicos distintos.

5.4.1 - Instrumentos de coleta de dados

A confecção do instrumento de coleta de dados foi baseado no Inventário de Ansiedade Traço–Estado (IDATE), desenvolvido por Spielberger, em 1973, sendo realizada sua tradução, versão e validação para o português por Biaggio; Natalício; Spielberger (1979), que foi revalidado para a população em atendimento por serviços de saúde por Pasquali; Pinelli e Solha (1994), Pasquali (1999), e novamente validado por Cade (2002); para a população de cardíacos.

Considerando-se que se faz imprescindível que os instrumentos utilizados em pesquisa sejam confiáveis e válidos para as medidas de sintomas são essenciais para investigação, o uso de escalas auxilia na melhora da qualidade e refinamento de avaliações ou impressões diagnósticas, ou para o simples acompanhamento de condições clínicas, bem como em ambientes de pesquisa (ASBAHR, 1998; BERNIK, 1998).

A escolha do IDATE para este estudo se deu em decorrência da larga aplicação desse instrumento de mensuração em estudos referentes à ansiedade, em diversas áreas, principalmente na enfermagem, bem como por ter sua tradução forte correlação com a

versão inglesa, conforme apresentado por Biaggio (1998); Biaggio; Natalício; Spielberger (1979). Destaca-se que a verificação da adequação da tradução foi feita por meio do cálculo das correlações entre escores nas duas formas, por sujeitos bilíngües (português–inglês), onde seus escores, ao responderem à escala em um determinado idioma devem ser aproximadamente os mesmo que ao responderem no outro, gerando correlações altas (STAXI – 0,74 a 0,94).

Aliado a essas informações, há estudos que foram desenvolvidos tendo a validação de conteúdo com resultados significantes (PASQUALI; PINELLI; SOLHA, 1994) e para a população de cardíacos recentemente por Cade (2002).

Para compreender, de forma mais ampla, as alterações produzidas pela ansiedade e os seus estímulos desencadeadores, as significações atribuídas ao coração, que funcionam diretamente como contribuintes ao desencadear uma resposta ansiogênica, adicionou-se ao instrumento de coleta de dados informações referentes à identificação do sujeito (idade, sexo, peso, altura, índice de massa corporal, procedência, naturalidade, estado civil, escolaridade, antecedentes familiares, presença de: tabagismo, etilismo e, ou diabetes; diagnósticos médicos).

Aliado a esses dados, em decorrência do entendimento da importância presente na fisiopatologia da resposta ansiogênica, apresentada por Graeff e Hetem (2004); Graeff e Guimarães (2001) e Guyton (1988), concluiu-se que seria pertinente a adição de dados objetivos referentes à frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial, presentes em todas os momentos da coleta.

A versão final do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) é composta por quatro folhas:

- na primeira folha, em forma de quadro, apresenta-se o IDATE – Estado identificado como “Pré angioplastia coronária - entrada no serviço”, seguido dos dados objetivos referentes aos sinais vitais já citados. Há, também, campos para preenchimento dos dados de identificação, assinatura do pesquisador, seu número de registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP) e data de realização da coleta;
- na segunda folha, com a mesma denominação, está disposto o IDATE–Traço, também em forma de quadro e em seqüência campos para registro dos mesmos dados objetivo, coletados na primeira folha, assinatura do pesquisador, do número do COREN-SP e data;
- na terceira folha, identificada como “Pré-angioplastia coronariana - pós-orientação de enfermagem”, tendo quadro equivalente ao da primeira folha para o IDATE–Estado, seguido de local para registro dos sinais vitais e, em seqüência, assinatura, COREN-SP e data;
- na quarta folha do instrumento de coleta de dados repetem-se as mesmas informações da anterior com modificação de sua denominação para “Pré-angioplastia coronariana – dez minutos antes de entrar em sala”.

Conforme apresentado por Spielberger; Gorsuch; Lushene (1970), em sua teoria referente à ansiedade, essa é composta por duas interfaces: a ansiedade-traço e a ansiedade-estado. Portanto, foi aplicado o instrumento de ansiedade traço em primeiro e único momento, pois diz respeito a uma característica individual de reação frente a situações, ou seja, inerente à sua personalidade, que não sofre influência de aspectos decorrentes do meio ambiente, e o inventário de ansiedade estado aplicado nos três momentos que abrangem a pesquisa.

Antes de ir a campo, foi necessário ao pesquisador realizar busca a respeito dos tipos de observação e para que se empregam, podendo assim manter os critérios necessários ao rigor científico, para sua realização e registro dos dados observáveis.

Sabendo que a observação, quando corretamente conduzida pode revelar inesperados e surpreendentes resultados, que não seriam examinados em estudos que empregassem técnicas diretivas; sendo então, uma das funções da observação o descobrir novos problemas (SELLTIZ et al., 1987).

A mesma autora prossegue relatando outro aspecto importante da observação para a compreensão do campo da atividade humana, através da organização de um conjunto de informações ligadas a um sistema descritivo, criando categorias para a análise do material de estudo.

Os tipos de observação encontrados foram (LUDKE; ANDRÉ, 1986; TRIVIÑOS, 1987; YIN, 2001):

- observação direta: realizada de forma passiva pelo observador em ambiente de pesquisa, ideal para se descrever as condições em que se processa o evento em estudo, com a descrição completa e detalhada do meio e de seus desencadeantes e de sua evolução;

- observação participante: sistema de observação em que o pesquisador/ observador se insere no meio para a realização das observações, destacando a visão do processo como parte dele, mas deve ser realizado de forma cuidadosa para evitar a construção de uma análise tendenciosa dos fatos, exatamente, por deixar de ser imparcial na sua leitura do fenômeno;

- observação estruturada: realizada conforme modelo desenvolvido pelo pesquisador, ou outro autor, que seja compatível com as necessidades do estudo. Envolve a descrição sucinta e detalhada do que e como observar dentro de um dado processo, com anotações específicas, podendo até funcionar com sistema fechado de coleta de dados se o pesquisador possuir domínio sobre o processo e o fenômeno em si;
- observação semi-estruturada: desenvolvida por meio de um guia (roteiro de observação) que apresentará os dados a serem coletados por meio da observação, mas sem que esses tenham maiores detalhamentos quanto ao que e como observar.

Como componentes das descrições presentes em uma anotação de campo, conforme apresenta Triviños (1987); tem-se:

- a) descrição de comportamentos, ações, atitudes, etc., tais como se apresentam à sua observação;
- b) descrição dos sujeitos por seus traços concretos;
- c) descrição do meio físico;
- d) descrição de atividades específicas;
- e) descrição de diálogos.

Para a confecção do roteiro de observação, o pesquisador se baseou nas informações necessárias para responder aos seus objetivos, bem como os passos necessários para o correto desenvolvimento do estudo.

Para tal, mantiveram-se os componentes supracitados identificados com as seguintes letras: a, c, d, sendo que a descrição de diálogos não foi prevista para o estudo em questão, incorrendo em anotação, após estabelecer a categorização dos assuntos

abordados pelos sujeitos da pesquisa, e registro fidedigno apenas dos relatos pertinentes à manifestação verbal (reconhecimento) da ansiedade pelos sujeitos.

No que se refere aos comportamentos apresentados pelo indivíduo, realizou-se levantamento das características comportamentais relacionadas com a resposta ansiogênica (LEWIS, 1979; SILVA, 1991; CARPENITTO et al., 1997; CARPENITO, 1999; WEIL; TOMPAKOW, 2001; NANDA, 2002) que subsidiou a elaboração de um instrumento do tipo *check-list*, onde foram assinalados os comportamentos apresentados durante a observação (primeira parte do instrumento).

Os demais aspectos que compunham o instrumento de observação (denominado roteiro de observação) foram registrados de forma cursiva, com posterior levantamento do percurso do cliente dentro da unidade (APÊNDICE D, um exemplo).

Lüdke e André (1986) descrevem que, para a observação ser válida e fidedigna como instrumento de investigação científica, se faz necessário que seja controlada e sistemática com o planejamento do trabalho e preparação rigorosa do observador, determinando com antecedência o que e como observar (foco da investigação e delimitação espaço-temporal), evidenciando quais aspectos do problema serão cobertos pela observação e a melhor forma de captá-los.

Justificando assim o emprego do IDATE para a mensuração da condição ansiogênica do indivíduo, aliado à realização de observação participante dos comportamentos apresentados durante o tempo de espera até o procedimento (ACTP), por necessidade do pesquisador desempenhar funções profissionais (como enfermeira que é), conforme solicitação do setor e demanda do serviço.

Para Ignácio; Veiga; Silva (2001), o enfermeiro é o profissional melhor preparado para reconhecer os sinais e sintomas de ansiedade, segundo o referencial teórico aprendido durante a formação, em suas diferentes abordagens (comportamental, fisiológica, cognitiva e afetiva), com sua visão holística e integral. Porém, ainda se observa, na prática clínica, evidente dificuldade em identificar a presença de ansiedade e estabelecer as condutas para sua intervenção.

Selltiz et al. (1987) relatam que no planejamento de uma pesquisa, a utilização de um questionário pode contribuir na delimitação do problema estudado e a informação coletada, permitindo a identificação de casos representativos em nível grupal ou individual, auxiliam na identificação de características objetivas, como socio-demográficas, que podem influir no contexto da pesquisa.

Segundo a mesma autora, a possibilidade de emprego de técnicas estatísticas pode contribuir na verificação de informações e reinterpretação das observações qualitativas e fornecendo conclusões mais objetivas.

5.4.2 - Procedimento da coleta de dados

O período de coleta de dados foi compreendido entre 24 de novembro de 2003 e 27 de fevereiro de 2004. Nesse período foram agendados quarenta procedimentos ambulatoriais via SUS, dos quais houve quatro faltosos e cinco foram desmarcados por falta de leito disponível para internação. Sendo efetivamente realizados trinta e uma ACTP, dentre essas havia casos que estariam passando pelo procedimento da segunda a quarta vez (três clientes), fator que era impeditivo para a inclusão do cliente na amostra do estudo.

Conseqüentemente, o total só pôde ser atingido após quatro meses de coleta de dados, sendo que houve impossibilidade de ser realizada coleta dos dados em 27 e 28 de novembro, 04, 05, 11, 12 e após 20 de dezembro (recesso de festas do final do ano até o dia 02 de janeiro) e de 05 a 08 de janeiro por estarem todos os médicos hemodinamicistas em férias e o residente em afastamento por haver se casado, sendo que na semana de 12 a 16 de janeiro foram remarcados três exames e, às quartas-feiras, por haver ambulatório de angioplastia, conforme relato do médico residente em hemodinâmica, que totalizaram dez dias entre janeiro e fevereiro.

Em número de semanas foram 11 em atividade e quatro semanas de recesso, sendo que os dados coletados perfizeram o total de 72% da população atendida no período de quatro meses, fazendo uma estimativa para o restante do ano, tem-se a possibilidade de realização de mais 145 exames, com a desconsideração de proporções iguais para faltosos, remarcações e já realização do procedimento teremos um total de 33 procedimentos, reduzindo o montante para 112, o que proporcionalmente deixa esta amostra com 18% das ACTP/ano, mas, como o estudo é qualitativo descritivo, apresenta a possibilidade de se terminar a coleta de dados quando se é atingida a saturação dos dados (YIN, 2001).

Para descrever o procedimento de como os dados foram coletados em todos os seus momentos, realizou-se observação estruturada da ansiedade que foi determinada conforme necessidade imposta pela situação do cliente, o que permitiu evidenciar, na prática, comportamentos que se mostram fundamentais na discussão de sua significância (TRIVIÑOS, 1987) que, neste caso, diz respeito às manifestações inconscientes de ansiedade pelo sujeito.

O sistema de coleta de dados por meio da observação participativa foi empregue a todos os sujeitos, independente do indivíduo necessitar, ou não, permanecer na sala pós-

exame, seja para administração de soroterapia para hiper-hidratação ou administração endovenosa contínua de medicação prescrita pelo residente da unidade, sendo então realizada através da descrição de todo o percurso do cliente pelo setor de hemodinâmica e os seus comportamentos frente a cada ambiente, ou assunto abordado por ele ou demais clientes presentes na sala.

Preservando e coletando dados para a contextualização, sua trajetória até o procedimento em si, para verificar se as hipóteses levantadas se fazem pertinentes (conforme solicitação do método utilizado) e respeitando sua determinação para fatos de natureza contemporânea, optou-se pela realização dos registros durante a observação, para que não houvesse a perda dos dados observados, em um caderno de capa dura com folhas numeradas que foi denominado pelo pesquisador como diário de anotações de campo, contemplando o que Triviños (1987) apresenta acerca desse tema (descrição por escrito de todas as manifestações que o pesquisador observa no sujeito e as circunstâncias físicas que o rodeiam).

Quando o sujeito da pesquisa era mantido entre os demais clientes, na sala de espera, o pesquisador optou por não interferir, permanecendo à distância, observando todos os gestos e assuntos abordados durante a espera, tomando-se o cuidado de não interferir na situação, a não ser em casos onde fosse solicitada a sua intervenção, ou participação, o que implicaria em alteração do comportamento e limitação das atuações sociais por constrangimento, e proferindo o registro sistemático das observações no diário de campo.

A observação participativa desenvolvida no estudo aconteceu durante todo o desenvolvimento do mesmo, sendo necessário, em alguns momentos, realizar, até mesmo a interposição das ações, quando se fazia necessário realizar a aplicação do IDATE e

aferição dos sinais vitais, mantendo aguçada a capacidade de observação para as atitudes apresentadas nesses momentos específicos.

A coleta de dados desenvolvia-se da seguinte maneira: diariamente a pesquisadora chegava ao Setor de Cardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, às 7h30min, onde conferia se o consultório estava desocupado, deixando seus materiais (pasta, diário de campo e estetoscópio) sobre a geladeira.

Encaminhava-se para a recepção, onde permanecia até que o cliente, potencial sujeito do estudo, agendado para angioplastia, fosse identificado pelas recepcionistas e, depois de certificado seu registro para a realização do procedimento solicitado (o que geralmente demorava de vinte a trinta minutos, em decorrência da fila que se formava na recepção), era encaminhado para a sala de espera, e uma das recepcionistas se encarregava de fazer sua folha de rosto do exame e acrescentar à mesma uma folha de coleta de dados, desenvolvida pelos enfermeiros do serviço.

O cliente se instalava em uma das cadeiras dispostas na sala de espera e, em prazo de vinte a trinta minutos, o enfermeiro escalado para o período da manhã chamava o mesmo pelo nome, para a conferência do uso adequado das medicações prescritas, em corredor interno da unidade, sendo encaminhado novamente para a sala de espera ou em dias que o enfermeiro realizava esse procedimento após as 8h30min, já era apresentado ao cliente, pelo enfermeiro, a pesquisadora.

Em alguns casos o enfermeiro do serviço não pôde realizar a checagem quanto ao uso correto das medicações, então o pesquisador se dirigia até à sala de espera com os papéis pertinentes ao procedimento e chamava, em voz alta, o cliente pelo seu nome completo.

Assim que o cliente se encontrasse próximo do pesquisador, esse o cumprimentava e solicitava que o acompanhasse até o consultório.

No consultório, de portas fechadas, o pesquisador colocava o cliente sentado em frente à mesa, junto com seu acompanhante (acomodados em cadeira estofada com encosto, sendo que, em alguns dias, foi possível colocar apenas o sujeito em cadeira com estofamento, tendo que colocar o acompanhante em cadeira de plástico, ou, até mesmo, permanecendo em pé o pesquisador para fornecer acomodação aos clientes), e o pesquisador se alojava do outro lado da mesma.

Depois de acomodados, procedia-se à apresentação completa do pesquisador (nome completo, número do registro profissional, formação, especializações e curso em desenvolvimento), e a descrição da pesquisa realizada quanto ao título, importância, finalidades, objetivos, apresentação dos instrumentos de coleta de dados e do diário de campo, descritas as garantias oferecidas e os critérios necessários para compor a amostra do estudo, a forma como seria conduzida, entregue o esclarecimento aos sujeitos da pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido.

Realizadas as apresentações, o pesquisador questionava a existência de dúvidas quanto ao estudo, se presentes, realizava maior esclarecimento e quando (ou depois de) ausentes o pesquisador se retirava do consultório, deixando o cliente e seu acompanhante a sós por dez a quinze minutos para que o sujeito e seu acompanhante analisassem os termos e instrumentos apresentados e se decidissem quanto à sua participação no estudo, o que sempre ocorreu em consultório fechado, depois que o pesquisador se retirava do local, assegurando a privacidade dos indivíduos que permaneciam ali.

Depois de passado o tempo determinado para a análise do material e decisão quanto à sua participação, a pesquisadora retornava ao consultório, sempre batendo na

porta antes de entrar, pois essa era mantida fechada. Optando-se por fazer parte do trabalho, então eram realizados os registros pertinentes a nome e endereço no diário de campo, fornecido os números de 0 a 20 para que se procedesse à escolha (conforme preferência do indivíduo), que era registrado juntamente com seu nome e endereço em diário de campo, mantido constantemente com o pesquisador e também colocado na observação participante e nos instrumentos de coleta de dados.

Em sequência, coletava-se os dados pertinentes à identificação do sujeito (relatados anteriormente, e presentes no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), bem como o preenchimento de impresso próprio do serviço com dados do cliente, com precedente aplicação do IDATE pelo pesquisador, ou respondido de próprio punho pelo participante, conforme seu desígnio (em conjunto com a observação participativa) e finalizava-se a primeira etapa de coleta de dados com a aferição da pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória.

Terminado o primeiro momento da coleta de dados que, geralmente, demorava cerca de uma hora, o cliente se encaminhava para a sala de espera, ou para a sala de pós-exame nos casos em que se recomendava hidratação ou a administração de fluimucil^R em quinhentos mililitros de solução salina a 0,9% para os diabéticos (sempre solicitados pelo médico residente em cardiologia que estava passando pela sala de cateterismo), instalado pelo funcionário escalado na sala pós-exame ou pelo pesquisador.

Dando sequência à observação, o pesquisador se mantinha no mesmo ambiente, ou bem próximo dele, sem que se desencadeasse qualquer alteração no processo de orientação realizado pelo funcionário do setor que foram identificados por meio de letras maiúsculas do alfabeto: A, B, C, E e R.

As orientações eram realizadas de forma verbal, em alguns casos com o auxílio de figuras: do coração e de vasos com placas de ateroma, vasos com *stent*, vasos com balão e vasos desobstruídos.

A realização das orientações acontecia em diversos locais, dependendo da circunstância em que o cliente, ou o serviço se encontrava, ocorrendo com mais frequência na sala pós-exame, quando o cliente recebia algum tipo de infusão endovenosa, na sala de espera (no período da tarde, quando estava quase vazia), na sala de cateterismo II que era utilizada apenas às terças e quartas-feiras para realização de outro tipo de exame intervencionista e no consultório, quando esse estava desocupado e o cliente podia se locomover até o mesmo.

O profissional escalado para a realização das orientações pertinentes à ACTP era o mesmo da sala pós-exame (auxiliar ou técnico de enfermagem), a não ser que o enfermeiro do plantão se prontificasse a realizá-las.

O pesquisador se colocava afastado do profissional que procedia às orientações, bem como do cliente e de seu acompanhante, de forma a não permanecer no campo visual de nenhum deles, mas mantendo distância segura para escutar de forma clara o que era falado entre os mesmos (aproximadamente dois metros de distância na perpendicular do orientador e orientando), sendo que, à medida que eram feitas as orientações, o pesquisador procedia ao registro dos temas abordados, pois não era enfoque deste trabalho o conteúdo das orientações realizadas (mantendo o padrão de observação da primeira fase, conforme exigência do meio).

Ao retornarem para a sala de espera, ou se permaneciam no local da orientação, aguardava-se o prazo de dez minutos do término das orientações, quando era novamente solicitado ao sujeito que se dirigisse ao consultório, ou outro ambiente privativo nos casos

em que esse se fazia ocupado (exceto quando o cliente estava impossibilitado de se locomover da sala pós-exame, sendo utilizado o recurso de fechar as divisórias), para que se procedesse à coleta de dados do segundo momento (Sinais vitais e Inventário de Ansiedade-Estado de Spielberger, conforme padrão descrito na primeira etapa) que demorava cerca de trinta minutos e onde o cliente geralmente tecia algum tipo de comentário sobre o serviço, a orientação, ou sobre a pessoa que o havia orientado, sendo depois sendo conduzido para o local onde estava, ou permanecia na sala de pós-exame, que era recomposta, junto com os demais clientes.

Para a execução do terceiro momento, aguardava-se até que o funcionário da equipe de enfermagem, escalado para ficar em sala de procedimentos, pedia ao pesquisador para que entregasse o pijama da instituição, pois o exame, em sala, estava terminando, ou quando se abria a porta da sala para a saída do cliente que havia terminado um procedimento e o participante da pesquisa já estava com o pijama fornecido pela instituição (geralmente em consequência da necessidade de soroterapia prévia ao procedimento), o que permitia ao pesquisador realizá-lo em sala privativa e respeitando a antecedência de dez minutos para o cliente entrar em sala.

A duração estimada para a última etapa descrita era de 15 minutos, sendo que na grande parte das vezes competia ao pesquisador entregar o pijama e solicitar ao cliente que se dirigisse ao banheiro para troca de suas roupas pelo pijama fornecido pela instituição, sem a manutenção das peças íntimas e procedesse ao esvaziamento completo da bexiga, dirigindo-se depois até onde o pesquisador se encontrava, no corredor interno da unidade, em frente da porta de acesso à sala de procedimentos, onde o cliente seria deixado aos cuidados do funcionário escalado, ou quando não estava pronta a sala (em limpeza) o

mesmo era reconduzido para a sala pós-exame, de onde seria chamado pelo funcionário do setor.

A aplicação do inventário de ansiedade traço e/ou estado de Spielberger (como entrevista estruturada), antes e após o fornecimento de informações sobre o procedimento, ao qual o cliente seria submetido, visava fornecer subsídios para que se estabelecesse a análise do comportamento dos níveis de ansiedade, à medida que se aproximava o momento de realização da intervenção, bem como a aferição dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória), os quais oscilariam conforme aumento ou diminuição da estimulação simpática.

Todo o percurso descrito aqui, bem como o tempo em que o cliente permanece esperando para a realização das orientações, do eletrocardiograma e do procedimento em si, o pesquisador se mantém próximo, observando os seus atos e reações, que eram registradas no diário de campo, conforme roteiro preestabelecido (APÊNDICE B).

Após término da coleta de dados, quando o cliente era deixado dentro de sala, o pesquisador se retirava da unidade e procedia à digitação das observações participativas, além de estabelecer os escores obtidos com o IDATE em todos os momentos de aplicação, bem como o cálculo do índice de massa corporal.

5.4.3 - Registro das informações

Para o registro das informações obtidas neste estudo, utilizou-se de um caderno tipo brochura com folhas numeradas que era denominado pelo pesquisador como diário de campo, onde se acrescentou toda a informação coletada referente ao uso de medicações de efeito anti-hipertensivo e/ou medicações simpaticolíticas (betabloqueadores), devido à interferência direta nos valores das respectivas variáveis (pressão arterial e frequência

cardíaca), todos os comportamentos apresentados pelos sujeitos da pesquisa durante o tempo de espera para a realização da ACTP, bem como eventuais comentários que se faziam pertinentes, por evidenciar ou mascarar o fenômeno em estudo.

Em pasta com folhas de plástico, que era transportada diariamente pela pesquisadora, depositou-se: os termos de consentimento pós-informado, os esclarecimentos ao sujeito da pesquisa, a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO A), os instrumentos de coleta de dados, o roteiro para registro das observações participativas e o relatório numérico de angioplastias coronarianas realizadas por mês na unidade do estudo (Apêndice C), no ano de 2002.

O registro das informações obtidas durante a observação participativa era realizado de forma cursiva, com a pontuação dos temas abordados durante conversas paralelas com os demais clientes, com o pesquisador, ou funcionários do serviço no período de espera para o procedimento, bem como os itens contemplados pela orientação de enfermagem quanto à ACTP.

Após o término da coleta de dados, quando o cliente era deixado dentro da sala de procedimentos, o pesquisador se retirava da unidade e procedia à digitação das observações participativas, estabelecia-se os escores obtidos com a aplicação do IDATE em todas as fases de coleta de dados, bem como o cálculo do índice de massa corporal do indivíduo.

5.5 - Aspectos éticos

Para que se procedesse à coleta de dados, referentes a este estudo, necessitou-se da apresentação do projeto de pesquisa ao Diretor Clínico da Unidade em que a pesquisa foi realizada e à Diretora da Divisão de Enfermagem para obter a autorização para sua realização, e subsequente encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Este estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo com processo número 10 082/2003, obtendo parecer favorável à sua realização, homologado na 169ª Reunião Ordinária realizada em 17/11/2003 (ANEXO A).

O referido ofício foi reproduzido e entregou-se cópia do mesmo a Diretora de Serviço de Enfermagem da Unidade e ao seu Diretor Clínico.

As garantias oferecidas e executadas pelo pesquisador durante a coleta de dados (conforme Apêndice E) foram de:

- manutenção do anonimato e sigilo absoluto a respeito da identidade do cliente, sendo esse assegurado através da vinculação de um número ordinal que variou de 0 a 20, conforme escolha feita pelos sujeitos que participaram da pesquisa, aos instrumentos de coleta de dados e a roteiro de observação de campo, e as informações pertinentes ao nome e endereço estão em posse e restritas ao pesquisador.

- realizar os esclarecimentos sobre a pesquisa sempre que solicitado pelo cliente, através de contato direto com o pesquisador ou de forma indireta por utilização de número telefônico fornecido pelo pesquisador em termo de consentimento, através de ligação a cobrar;

- assegurar ao participante a preservação de sua total liberdade para participar ou não do estudo, sendo necessário apenas que informasse ao pesquisador sobre sua decisão para que se procedesse ou não à coleta de dados e conforme sua vontade, no caso de decisão posterior, de exclusão do grupo;

- proceder à divulgação dos resultados obtidos através do estudo aos seus participantes em cartas enviadas via Correios, bem como à comunidade científica por meio de publicação e divulgação dos resultados parciais (já encaminhado a periódico) e completos em periódicos técnico-científicos de veiculação nacional e internacional que sejam indexados.

5.6 - Fatores de interferência no fenômeno em estudo

Para o delineamento do perfil dessa amostra, bem como para a análise dos fatores contribuintes para o desencadear do fenômeno em estudo, considerou-se necessário e importante a coleta de dados relacionados a:

- **idade:** importante por haver distribuição por grupo etário de patologias específicas, sendo neste estudo, obtida através da subtração da data de nascimento do indivíduo da data de coleta dos dados e registrada apenas em valor de anos, que se distribuíram em categorias que foram de 40 a 90 anos, em intervalos de dez anos cada;
- **sexo:** além de diferenças fisiológicas, há enfermidades específicas ao sexo e em outros casos em que a distribuição de acordo com o sexo já se tornou consagrada, pode-se analisar a evolução dos fatores ou suas alterações. Esta variável comportou duas categorias, sendo elas: sexo masculino e sexo feminino, conforme fenótipo do sujeito e não quanto à sua preferência sexual;
- **estado civil:** a determinação desta variável pode auxiliar na descrição de aspectos sociais e de suas repercussões na condição de vida e saúde do cliente em estudo. Os participantes do estudo foram distribuídos conforme as definições do novo código civil brasileiro em cinco categorias distintas, sendo elas: solteiro, casado, divorciado, união estável e viúvo;
- **profissão:** em muitas situações verifica-se estreita relação entre a patologia do indivíduo e sua ocupação, em outras patologias o ambiente em que o trabalha se realiza pode colaborar para o agravamento de afecções preexistentes, conforme descrição das atividades descritas para registro em carteira de trabalho (definições estabelecidas pela CBO), foram determinadas as diferenças quanto aos ramos de atividades desenvolvidas

pelos participantes do estudo e registradas conforme os grandes grupos ocupacionais da Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho;

- **procedência e naturalidade:** além de se preocupar com endemias e suas consequências para o indivíduo, deve-se pensar em epidemias e nos fatores ambientais relacionados com o município de origem do sujeito, como clima e altitude. Os dados referentes à naturalidade foram retirados dos documentos de identificação individual (carteira de identidade) e sua procedência junto ao sujeito, ou coletada no impresso de encaminhamento do cliente ao Serviço de Cardiologia para a realização do procedimento;

- **índice de massa corporal (IMC) ou índice de Quetlet:** o IMC indica o estado nutricional do indivíduo através da distribuição de massa (em quilos) por área corporal (metros quadrados). Esta variável foi categorizada conforme classificação apresentada pela Sociedade Brasileira de Nutrição e Dietética, em 1996, em cinco categorias: normalidade (19 a 25 Kg/m²), sobrepeso (de 25,1 a 30 Kg/m²), obesidade leve (de 30,1 a 35 Kg/m²), obesidade moderada (de 35,1 a 40 Kg/m²) e obesidade mórbida (valor maior ou igual a 40,1Kg/m²), segundo International Lipid Information Bureau (1994).

- **antecedentes familiares:** a existência do caráter de hereditariedade de algumas patologias ou de seus fatores de risco não modificáveis justifica a coleta desta variável. Os antecedentes foram distribuídos em quatro grandes categorias: antecedentes maternos, antecedentes paternos, desconhece e nega a existência. O conjunto desses dados possibilita o levantamento do perfil da população que foi estudada, podendo se realizar comparações com os dados epidemiológicos do estado ou do país em questão; outros dados apresentados são categorizados como estilo de vida e referem-se a fatores de risco considerados modificáveis para o desenvolvimento ou progressão da cardiopatia isquêmica;

- **tabagismo:** a relação entre o uso de tabaco e o desenvolvimento de cardiopatia isquêmica é indiscutível, determinando-se assim a importância desta informação. A classificação, em categorias, desenvolvida para esta variável foi de presente, ausente ou abandono de hábito por mais de seis meses, sendo que se considerou tabagista toda e qualquer pessoa que fizesse uso de tabaco, não importando a forma (cigarro, charutos, cigarrete, cigarro de palha e outros), e mesmo que sendo um cigarro a cada dois dias;
- **etilismo:** o álcool tem efeitos lesivos diretos e graves sobre órgãos como fígado, cérebro, coração e outros. Considerou-se etilista os sujeitos que informaram a ingestão de uma dose de bebida alcoólica em pelo menos cinco dias da semana. Denominou-se de ex-adeptos do hábito aqueles que relataram um período de abstinência maior ou igual a seis meses;
- **condições clínicas associadas ou co-morbidades:** identificam não só as patologias isquêmicas, mas podem indicar a evolução das mesmas ou demais patologias que, em associação, agravam o quadro. Foram obtidas através de pergunta direta aos sujeitos e por conferência em pedido de referência apresentado ao serviço. As patologias mais freqüentes serão definidas a seguir.

1) Infarto Agudo do Miocárdio (IAM): trata-se de um processo onde o tecido miocárdico é destruído em regiões do coração sem suprimento sanguíneo suficiente, que pode ser decorrente de diminuição do fluxo sanguíneo por estreitamento repentino de artéria coronária, devido à aterosclerose ou obstrução total por êmbolo ou trombo, ou hipotensão, ou hemorragia importante, ou aumento da demanda de oxigênio e nutrientes pelo tecido em virtude de exercício físico intenso ou estimulação autônoma (WILLERSON, 1995; SMELTZER; BARE, 1998; BRAUNWALD; ZIPES; LIBBY, 2001).

- 2) Diabetes mellitus (DM): doença crônica que aparece como resultado de problemas na produção e/ou ação da insulina no organismo, decorrente da não produção da insulina pelo pâncreas (DM I), ou pela sua não utilização de forma eficaz pelo organismo (DM II), conforme descrição apresentada pelo Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2003).
- 3) Dislipidemia (DLP): alteração metabólica presente no metabolismo lipídico, que pode ser provocada ou agravada pela ingesta alimentar de gorduras saturadas, aliadas ao sedentarismo ou em decorrência de alterações genéticas (RIBEIRO, ZANELLA; RAMOS, 1994).
- 4) Hipertensão Arterial (HA): presente em 40% das pessoas com mais de 65 anos, sendo importante pela elevada mortalidade associada às complicações cardíacas, renais e cerebrais. É definida pela presença de elevação dos valores sistólicos acima de 140 mmHg em duas ou mais aferições não consecutivas, e de valores diastólicos acima de 90 mmHg (NOBRE, 1994; BRAUNWALD; ZIPES; LIBBY, 2001).
- 5) Insuficiência Renal Crônica (IRC): decorrente de alterações na pelve renal, bem como nos capilares, fazendo com que resíduos metabólicos permaneçam na circulação, enquanto que proteínas e nutrientes são excretados na urina. Sua evolução é lenta e insidiosa e nos clientes cardíacos é causada pela associação entre dislipidemia e HAS, e o processo se acelera quando presente o DM II (BRASIL. MS., 2003).
- 6) Doença Arterial Coronariana (DAC): define-se pela formação e acúmulo de placas ateromatosas na camada íntima dos vasos que irrigam o tecido cardíaco, sendo consequência de alterações ligadas à idade, sexo, antecedentes pessoais,

hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo que, aliados ao sedentarismo e condições socioeconômicas podem acelerar seu desenvolvimento (GIANNINI et al., 1994).

- 7) Acidente Vascular Encefálico (AVE): déficit neurológico súbito de origem vascular, seja pela interrupção do aporte sanguíneo a uma dada região do cérebro, ou por uma hemorragia, que desencadeia lesão cerebral por isquemia ou compressão dos tecidos, sendo causa de dez a doze por cento das mortes em pessoas com mais de 65 anos (CANTERA; DOMINGO, 2001).
- 8) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): quadro produzido pela diminuição da função pulmonar decorrente de patologias como enfisema, asma ou bronquite crônica, sendo sua causa principal o uso de tabaco (CANTERA; DOMINGO, 2001).
- 9) Angina Pectoris: reconhecida pelo aparecimento de precordialgia ou sensação de pressão na parte anterior do tórax, com possível irradiação para o pescoço e braços em consequência do fluxo sanguíneo insuficiente, ou aporte de oxigênio escasso para o tecido cardíaco, tendo duração menor que trinta minutos e sendo aliviada com uso de nitrato sublingual ou repouso. Pode ser dividido em dois grandes grupos: angina estável (AE) – decorrente do aumento na demanda de oxigênio por exercícios físicos ou emoções fortes; e angina instável (AI) – decorrente de vasoespasma coronariano (BRAUNWALD; ZIPES; LIBBY, 2001).
- 10) Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC): incapacidade funcional do coração em atender adequadamente às necessidades do organismo, em determinado momento (CANTERA; DOMINGO, 2001).

11) Miocardiomatia Hipertrófica (MCH): Silva (1994) declara que, segundo a OMS, define-se como afecção miocárdica de etiologia desconhecida, com provável transmissão genética, caracterizada por desarranjo miofibrilar típico e funcionalmente por dificuldade de enchimento da câmara ventricular afetada com hipercontratilidade miocárdica tendo elevação da fração de ejeção.

- **tratamento clínico**: baseado no restabelecimento da capacidade funcional cardíaca pela utilização de agentes químicos, farmacoterápicos, que podem ter ações diretas sobre a musculatura miocárdica, melhorando sua contratilidade, ações sobre a condução ou geração dos estímulos cardíacos, ações sobre a captação ou recaptção de íons com influência direta sobre a contratilidade ou frequência cardíacas; ou ação direta sobre os mecanismos da coagulação sangüínea e reabsorção de trombos. Sendo trabalhado aqui pela categoria de medicamentos denominados por betabloqueadores e anti-hipertensivos, que serão registrados apenas como presente ou ausente na terapêutica adotada pelo clínico que acompanha o cliente e solicitou a realização da ACTP (neste estudo será tratada como estímulo desencadeador do fenômeno em questão).

- **sinais vitais** (para este trabalho foram considerados pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória), verificados no final de cada etapa da coleta de dados, assegurando o repouso necessário, de, no mínimo, dez minutos, para a aferição da pressão arterial com o cliente sentado em cadeira, os outros cuidados necessários, bem como os demais sinais vitais tiveram a descrição dos mecanismos para sua obtenção relatada no item 5.4.2 - Procedimento da coleta de dados.

Pelo apresentado a respeito da interferência da estimulação do sistema nervoso autônomo sobre as funções do organismo e, principalmente, por sua forte ação sobre o sistema cardiovascular e respiratório na estimulação simpática, a mesma produzida por

estímulos que desencadeiem respostas ansiosas no indivíduo, justifica-se a aferição e emprego dos sinais vitais (limitados à pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória) como forma de se recolher dados de uma ansiedade não identificada ou negada pelo indivíduo.

Desconsiderou-se a temperatura corporal devido à variação insignificante de seus valores em resposta à estimulação produzida pela ansiedade (0,2 a 0,4°C), segundo Guyton (1988); Graeff e Guimarães (2001).

5.6.1 - Escores do IDATE

Biaggio; Natalício; Spielberger (1979) determinam que a pontuação para o IDATE respeitaria os valores de um a quatro, sendo distribuídos de forma a não propiciar vício de resposta pelo sujeito (sistema de pontuação invertida, conforme o sentido da frase) e, ao realizar a soma dos pontos obtidos, o valor deveria encontrar-se entre vinte e oitenta pontos.

Baseado nesse intervalo de pontuação determinaram os níveis de ansiedade que seriam mensurados através de sua aplicação, sendo as categorias da ansiedade e suas conseqüências, segundo Biaggio; Natalício; Spielberger (1979) e Stuart e Laraia (2002):

Ansiedade baixa ou branda (de 20 a 34 pontos): Torna a pessoa alerta, aumentando sua percepção. Capaz de motivar o aprendizado, produz crescimento e criatividade.

Ansiedade moderada (de 35 a 49 pontos): Focalização das preocupações imediatas e bloqueia as periféricas, estreitando o campo de visão, experimentando desatenção seletiva, mas preserva a capacidade de focalizar mais áreas caso se disponha a isto.

Ansiedade elevada ou grave (de 50 a 64): Reduz muito o campo de percepção, focalizando um detalhe específico e não pensando a respeito de outros fatos; dirige seu comportamento para a obtenção de alívio; precisando de muita orientação para focalizar sua atenção.

Ansiedade muito elevada ou pânico (de 65 a 80): Associa-se ao pavor, terror e medo. Os detalhes são desprezados desproporcionalmente, experimenta-se a perda de controle, sendo incapaz de desenvolver atividades mesmo com orientação direta. O pânico envolve a desorganização da personalidade, aumenta a atividade motora, diminui a capacidade de comunicação, produz percepções distorcidas e perda do pensamento racional; sendo incompatível à vida, resultando em exaustão e morte se for mantido por tempo prolongado.

Cada nível desses apresentando grau progressivo de interferência na realização das atividades cotidianas do indivíduo, ou no mecanismo de enfrentamento das situações geradoras de estresse e ansiedade.

Mesmo antes do surgimento das escalas de avaliação, a observação cuidadosa sempre foi mais valiosa fonte de informações sobre os fenômenos psíquicos (BERNIK, 1998).

Resgata-se aqui a fala de Bernik (1998), apresentada na introdução, onde as observações clínicas não-sistematizadas são inadequadas à maioria das linhas de pesquisa, devido ao seu caráter vago, inconsistente e subjetivo, embora, as manifestações fisiológicas induzidas pelos estados de ansiedade sejam passíveis de mensurações objetivas e diretas, escalas de avaliação de sintomatologia ainda são os instrumentos de mensuração mais comumente usados em pesquisa, no campo dos transtornos ansiosos.

E, o mesmo autor, prossegue relatando que a própria definição de mensuração já permite a compreensão das imprecisões obtidas com as observações clínicas, pois essa se

caracteriza como forma organizada de observação, na qual os fenômenos a serem observados estão previamente definidos, e reforçados por Ferreira (1998).

5.7 - Análise e tratamento dos dados

Bernik, 1998; salienta que o principal problema estatístico que resulta da utilização de escalas de avaliação de sintomas é a transformação de adjetivos em números e a posterior utilização desses em cálculos estatísticos descritivos e testes estatísticos. Essa escala de gravidade de itens apresenta caráter ordinal, mas não intervalar. Aplicar estatísticas paramétricas nesse tipo de dados não respeita as premissas teóricas necessárias para a realização desses testes e aumenta a possibilidade de ocorrência de erros do tipo I.

Do ponto de vista prático, porém, com um número grande de itens em uma escala, a estatística paramétrica pode ter resultados práticos válidos (PASQUALI, 1999; PEREIRA, 2002).

A análise estatística e as provas matemáticas empregadas para o estabelecimento das relações e razões existentes entre as variáveis, devido à obtenção de amostra pequena ($n = 20$) condicional ao seu caráter qualitativo de estagnação dos dados encontrados, foi necessário trabalhar apenas com a estatística descritiva (SIEGEL, 1975).

Para este estudo, conforme orientação de especialista no assunto, foi realizada apenas a aplicação de modelos estatísticos descritivos ou estatística simples, onde as provas aplicadas são denominadas de média, moda, mediana, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo com aplicação de testes de significância e de correlação (ANOVA) para os dados obtidos em valores numéricos o que, devido ao pequeno tamanho amostral, não se mostrou efetivo.

Ao ter concluído o período de coleta de dados (de 24 de novembro de 2003 a 27 de fevereiro de 2004), os dados objetivos foram agrupados, codificados em duas planilhas confeccionadas no *software* Excel (versão xp) e, a seguir determinadas as categorizações

necessárias para os dados num sistema de correlação entre as classes e números ordinais para o estabelecimento da frequência correspondente sobre: tabagismo e etilismo (presente, ausente e ex-adepto), diabetes (presente ou ausente), escolaridade, estado civil, sexo, antecedentes pessoais e diagnósticos médico, com classificação conforme numeração determinada (APÊNDICE D).

Os assuntos abordados durante todo o tempo de espera foram analisados e categorizados, conforme tema de referência, os comportamentos observados foram agrupados em três grandes blocos, conforme se procediam as intervenções (momentos de aplicação do IDATE).

As respostas obtidas com o IDATE foram convertidas em pontos que variavam de um a quatro, somadas as pontuações, tendo o total atingido pelo cliente para os quesitos ansiedade traço e ansiedade estado (presente em três momentos distintos) que era transformado em categoria, conforme estipulação feita por seu criador – Spielberger, entre: baixo (de 20 a 34 pontos), moderado (de 35 a 49 pontos), elevado (de 50 a 64 pontos) e muito elevado (de 65 a 80 pontos) que se aplica tanto para ansiedade traço quanto para ansiedade estado.

Os valores da pressão arterial foram classificados conforme determinação das IV Diretrizes para tratamento e controle da HÁ, estabelecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002). A determinação dos valores de frequência cardíaca e respiratória seguiu a determinação feita por Porto (1996) e Bates (1993).

Após o preparo das variáveis tabuladas, foi feita a importação desse arquivo para o aplicativo SPSS 11.0, de onde se pôde realizar as relações e aplicação direta dos métodos estatísticos selecionados e pertinentes ao valor amostral.

Para analisar os dados qualitativos, coletados através das observações realizadas, no decorrer do tempo de espera para o procedimento agendado, utilizou-se da análise de conteúdo proposta por Bardin apud Triviños (1987), que conceitua esse método como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, o qual, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens, obtêm-se indicadores quantitativos ou não que permitem realizar inferências de conhecimentos relativos às condições de produção e/ou recepção das mensagens, sendo que a informação é extraída da apreciação objetiva da mensagem, através de um conjunto de técnicas.

Etapas no processo da análise de conteúdo, segundo descrito por Bardin apud Triviños (1987):

- 1) Pré-análise ou organização do material: leitura geral ou flutuante de todo o material coletado, permitindo ao pesquisador formular os objetivos gerais do trabalho e amplas hipóteses para o mesmo, determinando o *corpus* da investigação (especificação do campo no qual o pesquisador deve fixar sua atenção). No presente estudo, denominou-se pré-análise à leitura das observações realizadas antes do procedimento da ACTP;
- 2) Descrição analítica: inicia-se na fase de pré-análise, onde o material do *corpus* é estudado de forma aprofundada, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos, sendo estabelecidos procedimentos de codificação, classificação e a categorização, visando a busca de sínteses convergentes e divergentes de idéias ou a expressão de concepções neutras;
- 3) Interpretação referencial: baseada em materiais de informação, emprega-se a intuição e a reflexão aos materiais coletados, estabelecendo relações, aprofundando as conexões e chegando às propostas de transformação,

porém, deve-se ter em mente o conteúdo latente, que irá direcionar a ideologias e tendências dos fenômenos sociais estudados, de forma dinâmica, estrutural e histórica. Sempre vinculados ao conteúdo manifesto (documentos) que orienta as conclusões apoiadas em dados quantitativos.

A descrição das relações encontradas entre os dados coletados de forma qualitativa e quantitativa, durante a execução do estudo, foram realizadas caso a caso, conforme sua numeração ordinal crescente, com base nos dados postados em uma tabela dividida em comportamento um (observação realizada do momento em que deu entrada no serviço até quando chamado para receber as orientações de enfermagem), orientações (profissional responsável pelas orientações e o seu conteúdo, segundo as categorias determinadas), comportamento dois (reações observadas após as orientações até que se procedesse ao término da coleta de dados pertinentes ao segundo momento), comportamento três (comportamentos observados depois de retornar à sala de origem até o instante em que o sujeito era deixado em frente à porta de acesso da sala de procedimentos) e a descrição cursiva das observações.

Os comportamentos foram categorizados conforme quadro a seguir:

<u>Respostas fisiologias:</u>				
Cardiovasculares:	Palpitação	Arritmias	Hipertensão arterial	
	Tontura	Desmaios	Hipotensão arterial	
	Bradicardia	Taquicardia.		
Respiratórios:	Taquipnéia	Dispnéia	Opressão no peito	
	Nó na garganta	Respiração superficial	Sufocação	
	Engasgo.			
Neuromuscular:	Tremores	Reflexos aumentados	Insônia	
	Frigidez	Tensão facial	Fraqueza	
	Tremores das mãos	Movimentos grossos.		
Gastrintestinal:	Anorexia	Náuseas	Vômitos	
	Dor abdominal	Pirose	Boca seca	
	Diarréia	Desconforto abdominal.		
Trato Urinário:	Pressão ao urinar	Micção frequente	Urgência	
Pele:	Rubor facial	Sudorese palmar	Prurido	
	Ondas de calor	Ondas de frio	Palidez	
	Sudorese difusa.			
<u>Respostas comportamentais:</u>				
Inquietação	Tensão física	Tremores	Fala rápida	
Descoordenação	Fala rápida	Propensão a acidentes	Isolamento	
Inibição	Fuga	Hipervigilância	Anulação	
Hiperventilação.				
<u>Respostas cognitivas:</u>				
Atenção prejudicada		Concentração deficiente	Esquecimento	
Erros de julgamento		Bloqueio de pensamentos	Esquecimento	
Campo de percepção diminuído		Criatividade reduzida	Preocupação	
Produtividade diminuída		Autoconsciência	Confusão	
Perda da objetividade		Pesadelos	“Flashbacks”	
Medo de conseqüências inespecíficas		Imagens visuais ameaçadoras.		
<u>Respostas Afetivas:</u>				
Irritável	Culpa	Impaciência	Inquietação	Tensão
Nervosismo	Medo	Alarme	Inquietação	Terror
Agitação	Vergonha	Dormência.		

Quadro 1 - Respostas à ansiedade, em categorias, conforme o tipo de alteração provocada no indivíduo; segundo Carpenitto, 1999; NANDA, 2001; Stuart e Laraia, 2002

6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 - Analisando os casos

Considerar-se-á como fator desencadeante da ansiedade (fenômeno em estudo) o procedimento de ACTP (estímulo) e o tempo de observação determinado para cada caso foi composto pelo total, em horas, da espera para a realização do procedimento. Como fatores contribuintes para a resposta ansiogênica têm-se os fatores idade, escolaridade, sexo, profissão, presença de co-morbidades, antecedentes familiares, orientação sobre o procedimento, assuntos de conversas locais, tempo de espera, presença de punção venosa e ambiente a que foi exposto, ou seja, seu contexto individual e cronológico.

A descrição dos casos, conforme registro do pesquisador, apresenta-se em anexo ao estudo, sendo colocados os casos em ordem crescente do número de identificação, o que não corresponde à ordem de coleta dos mesmos.

Para a análise pontual dos casos, contendo os comportamentos observados, a identificação do funcionário que fez as orientações e seu conteúdo, tempo de espera parcial e total, valores dos sinais vitais e resultado do IDATE por categoria, medicações

em uso, dados do sujeito – sexo, idade, profissão, escolaridade e diagnósticos clínicos (Vide seção de apêndices).

6.1.1 - Caso 1

Cliente vindo de cidade da região de Ribeirão Preto, acompanhado, sexo masculino, 57 anos, casado, ambulante, estudou até o quarto ano do ensino fundamental, tendo antecedentes familiares de hipertensão e diabetes e diagnósticos clínicos de DM, HAS, AE, DAC, IAM. Chegou ao setor às sete horas e foi admitido às 7h30min, com encaminhamento à sala de espera externa ao serviço.

Resultado do IDATE traço–estado, aplicado no primeiro momento, na categoria de nível de ansiedade baixo (traço: 28 pontos e estado: 33 pontos), num período de 3h15min de espera manteve comportamentos de introspecção e preocupação consigo mesmo, sem a capacidade de concentração ou interação (onze comportamentos distintos observados). Mesmo com o uso de medicação anti-hipertensiva, apresentava-se com hipertensão sistólica isolada em valor moderado.

Ao ser chamado para o corredor interno, pelo enfermeiro da unidade, locomoveu-se de forma lenta e com passos curtos, olhando com expressão de receio para o meio que se inseria e arregalando os olhos ao visualizar pessoas em cadeiras de rodas, outras em macas, outras com necessidade de torpedão de oxigênio e a quantidade de objetos dispostos ao longo do corredor. Avisado sobre a instalação de soroterapia, e encaminhado à sala pós-exame onde se realizou a punção quando reagiu olhando para o outro lado e fazendo expressão fisionômica de dor e, preservando comportamento de introspecção.

No mesmo ambiente, mas, com o pesquisador, sentiu-se à vontade para expressar sua preocupação quanto ao procedimento e à sua condição de vida posterior, bem como

solicitou mais informações quanto ao que seria feito em seu coração, afirmando que não conseguiu dormir, satisfatoriamente, pois permaneceu pensando no que iria ocorrer na ACTP.

As orientações foram realizadas no mesmo local em que se encontrava (sala pós-exame), impedindo que tivesse privacidade para realizar suas colocações e esclarecimento de suas dúvidas. O tempo empregue foi de quinze minutos, com o funcionário R, de pé, em frente ao cliente e sua acompanhante que, se mantiveram sentados, com utilização de termos técnicos e linguagem não coloquial (posicionamento que indica superioridade e distância entre as partes). No ambiente estavam mais dez pessoas (clientes e acompanhantes) que aguardavam ao exame de cateterismo cardíaco.

Depois das orientações, o cliente mesclou momentos de conferência das informações com sua esposa e, momentos de silêncio e dispersão. Chamado para a coleta de dados do segundo momento, mas agora com a sala mais vazia, conferiu algumas informações com o pesquisador, mostrando-se inseguro quanto ao procedimento. Os valores de seus sinais vitais apresentaram aumento para frequência cardíaca e respiratória (ainda dentro dos valores de normalidade) e com redução dos valores da pressão arterial, indo a sistólica para valor correspondente a hipertensão sistólica leve que pode ser atribuído à concentração plasmática da droga no sangue em valores próximos do pico plasmático.

O valor do IDATE estado se manteve igual ao anterior, em nível e pontuação, no entanto, o número de doze comportamentos foram observados pelo pesquisador, em trinta minutos, sendo que apresentava um mescla entre ações de introspecção e ao mesmo tempo de tentativas de desvio do foco de atenção, por meio de diálogos sobre assuntos distintos

de sua realidade atual, ao mesmo tempo em que se tornava difícil não demonstrar preocupação com os profissionais que o atenderiam no setor de cardiologia.

Nas subseqüentes 2h25min de espera, o cliente permaneceu em silêncio, com olhar vago, provavelmente pensando, não interagindo com mais ninguém presente na sala pós-exame, em outros instantes acompanhava toda e qualquer movimentação dentro da sala e no corredor interno da unidade (comportamento mais observado depois de uma hora e trinta minutos passados das orientações a respeito do procedimento).

No terceiro momento de coleta de dados, o cliente apresentou resultado do IDATE-Estado baixo (32 pontos), com treze comportamentos, todos característicos de introspecção. Os valores dos sinais vitais foram verificados e se encontravam dentro dos valores determinados para normalidade.

Nos dois momentos em que teve contato com o corredor interno do setor (conferência das medicações e locomoção até o banheiro masculino), o cliente adotou postura receosa, com passos lentos e observação atenta do panorama local (clientes em macas ou cadeiras de roda, de todas as idades, alguns em uso contínuo de oxigênio em torpedos por cateter, pessoas com faces de dor, pessoas com malformação congênita, indivíduos em uso de próteses ou órteses para locomoção entre outros), com expressão de apreensão e angústia nos olhos.

Quando solicitado para a coleta de dados final, ergueu a cabeça e relatou:

“Não agüentava mais esperar pela angioplastia!”

Frase, esta, que indica a sensação de alívio por ter terminado seu tempo de espera, por estar resolvendo seu problema cardíaco e por sair do local em que esteve durante 5h40min.

6.1.2 - Caso 2

Sujeito chega ao serviço de Cardiologia às 7h30min, vindo de ônibus da prefeitura municipal de cidade da região de Ribeirão Preto, sexo feminino, 60 anos, casada, dona de casa, cursou até o quarto ano do ensino fundamental, desconhece seus antecedentes familiares e tem como diagnósticos clínicos: DAC, AE, HAS, DLP e obesidade. Depois de ser admitida no setor, foi encaminhada para a sala de espera externa ao mesmo, junto de seu acompanhante.

O resultado do IDATE traço e estado, no primeiro momento, foram: trinta pontos para ansiedade-traço e de vinte quatro pontos para ansiedade-estado, ambos categorizados como ansiedade de nível baixo. Os sinais vitais estavam dentro dos padrões de normalidade preconizados, e o sujeito fazia uso de medicações simpaticolíticas e anti-hipertensivas.

Durante o tempo de espera de 3h15min para a realização das orientações de enfermagem para o procedimento, realizado na sala de espera, juntamente com outros clientes do serviço, pôde-se observar doze comportamentos indicativos de nervosismo e introspecção.

As orientações a respeito do procedimento de ACTP foram realizadas em consultório, com o sujeito e seu acompanhante sentados à mesa, juntamente com o profissional C, que os orientou com informações essenciais à ACTP, permanecendo no local por cinquenta minutos, devido aos questionamentos feitos pelo acompanhante, enquanto o sujeito permaneceu de cabeça baixa, em silêncio, desenvolvendo movimentos repetitivos com as mãos.

O resultado do IDATE–Estado após as orientações, foi categorizado como nível baixo de ansiedade, porém com aumento da pontuação em sete pontos, no entanto, o

número de comportamentos observados diminuiu para sete, mantendo a característica de introspecção. Quanto aos sinais vitais, houve aumento dos valores da PA em 10 mmHg, mas se manteve dentro dos níveis de normalidade, sua frequência cardíaca diminuiu 4 bpm e a frequência respiratória apresentou aumento de seis ipm, que levaram sua condição para a classificação de taquipnéia.

O tempo restante de espera foi de 4h15min, sendo que a cliente permaneceu por uma hora na capela do hospital e retornou ao setor antes do horário solicitado. O restante do período em que esteve na sala de espera houve aumento do número dos comportamentos observados para nove, todos com características de introspecção e nervosismo.

O valor atribuído ao IDATE–Estado, no terceiro momento, foi de 32 pontos, um a mais que no momento anterior. O comportamento dos sinais vitais foi de retorno da frequência respiratória ao padrão de normalidade, aumento da frequência cardíaca em 22 bpm que ainda permaneceu dentro da faixa de normalidade, para a PA houve aumento do valor sistólico em 26 mmHg, indo para a faixa de hipertensão sistólica leve, sendo que o valor da pressão arterial diastólica aumentou 4 mmHg, mas permaneceu dentro da normalidade.

Caminhou no corredor interno até o banheiro, em companhia de seu acompanhante, mantendo olhar para o chão, silêncio constante, passos lentos com pausas devido às movimentações de outros clientes do setor.

A permanência da cliente em espera pelo procedimento foi de 8h05min, sendo que a mesma queixou-se de cansaço por não haver dormido durante a noite e não foi observado período de sono do sujeito.

Depois de realizado o segundo momento de coleta de dados, ainda no consultório, a cliente relata que:

“Fica mais fácil estar em um hospital onde as pessoas são alegres e simpáticas como o profissional C e o pesquisador, deixa a gente mais calma e à vontade”.

Essa afirmação indica o incômodo sentido pelo sujeito em estar dentro de uma instituição de saúde, aliado ao relato do tipo de comportamento esperado para os profissionais do setor com intuito de facilitar a sua permanência e interação com o mesmo.

6.1.3 - Caso 3

Sujeito se apresenta ao Setor de Cardiologia às 7h30min, vindo de cidade da região de Ribeirão Preto em ônibus da prefeitura municipal, acompanhado. Sendo do sexo feminino, 49 anos, casada, dona de casa, cursou até o quarto ano do ensino fundamental, tendo antecedentes familiares de AVE, IAM e DM e diagnósticos clínicos de DAC, HAS, IAM, AI, DM, asma e ansiedade. Depois de admitida foi encaminhada à sala de espera.

Depois de confirmado o uso das medicações prescritas e solicitado que evitasse o consumo de cigarros durante a espera pelo procedimento, pelo funcionário C, em corredor interno, o sujeito concordou com o pedido e manteve-se com o olhar fixo no funcionário.

Durante a coleta de dados, do primeiro momento, o sujeito já relatou ao pesquisador que se sentia nervoso e que não havia dormido na noite anterior. O resultado do IDATE–Traço foi de 49 pontos (limite máximo para o nível moderado) e para o IDATE–Estado de 42 pontos, nível moderado de ansiedade. Foram observados onze comportamentos indicativos de ansiedade, com característica de introspecção e nervosismo.

Os sinais vitais se apresentavam alterados (níveis superiores aos preconizados para a faixa de normalidade) quanto à frequência respiratória em taquipnéia (28 ipm) e para a pressão arterial sistólica valor referente à hipertensão arterial sistólica grau moderado, sendo que o sujeito faz uso contínuo de medicação simpaticolítica e anti-hipertensiva.

Apesar do sujeito ser diabético, o residente em hemodinâmica não solicitou a realização de instalação de infusão venosa com medicação. Recebeu orientação para fazer um lanche leve e retornar ao setor em uma hora, sendo que o fez com quarenta minutos de atraso e apresentou-se com odor de cigarro.

Foi orientada pelo funcionário B, em ambiente reservado, sendo colocada sentada à mesa, junto de seu acompanhante. As orientações sobre o procedimento tiveram duração de vinte cinco minutos, com linguagem técnica e coloquial misturadas e abrangeram nove aspectos do procedimento de ACTP.

No segundo momento, que teve a duração de uma hora, foi observada a presença de dez comportamentos indicativos de ansiedade, sendo que possuíam características de nervosismo, introspecção e angústia. O resultado do IDATE–Estado aumentou um ponto, mantendo-se em nível moderado de ansiedade associado à taquicardia, taquipnéia e hipertensão arterial sistólica moderada (regredindo oito milímetros de mercúrio).

Durante a coleta dos dados, pertinentes ao segundo momento, o sujeito relatou não haver gostado da forma com que foi orientado e estar sentindo-se mais nervoso ainda. Entre lágrimas afirmou:

“Não vejo a hora disto tudo terminar (sic)!”

e solicitou ao pesquisador que repetisse algumas das informações passadas na orientação.

No terceiro momento, cinquenta minutos depois das orientações, o sujeito havia reduzido o número de comportamentos observados para dez, mantendo as características

de nervosismo e angústia aliadas ao relato de preocupações quanto ao procedimento. O valor obtido na aplicação do IDATE–Estado foi de 56 pontos (nível elevado de ansiedade) com diminuição da frequência cardíaca em 15 bpm, retornando à normalidade, mantendo a frequência respiratória no valor anterior de 32 ipm (taquipnéia) e elevando sua pressão arterial sistólica para nível de hipertensão arterial sistólica grave (PAS: 186 mmHg).

Sua locomoção pelo corredor interno até o banheiro se fez de forma decidida, com passos firmes e largos, sem olhar para os lados.

O tempo total de espera foi de 4h20min, sendo que a cliente relatou fazer uso de medicação ansiolítica continuamente. Quanto ao seu desabafo a respeito da forma com que foi orientada, fica a preocupação de desenvolver um sistema de orientação padronizado, com linguagem acessível ao cliente e garantindo o esclarecimento de dúvidas.

6.1.4 - Caso 4

O sujeito, vindo em condução própria, com acompanhante, residente no município de Ribeirão Preto, foi admitido no Setor de Cardiologia às 8h, sendo orientado a aguardar na sala de espera. É do sexo masculino, com 76 anos de idade, casado, comerciante aposentado, com ensino fundamental completo. Relata desconhecer seus antecedentes familiares e, como diagnóstico clínico, apresenta: DLP, HAS, AE, DAC, IAM e anemia.

Chamado, para o corredor interno, tendo o funcionário C conferido com o mesmo o uso correto das medicações prescritas e relatou não haver tomado a medicação Clopidogrel^R, pois não conseguiu encontrá-la nas drogarias.

O resultado obtido na aplicação do IDATE foi de 44 pontos para ansiedade traço e de 38 pontos para ansiedade estado (ambos categorizados em nível moderado), com os

valores dos sinais vitais dentro da normalidade. O sujeito fazia uso contínuo de medicações simpaticolíticas e anti-hipertensivas.

Durante a coleta de dados do primeiro momento foi realizada a administração, por via oral de um comprimido de Clopidogrel^R, conforme solicitação do médico residente em estágio na hemodinâmica.

Os comportamentos observados durante as duas primeiras horas de espera foram indicativos de nervosismo e introspecção. Terminado o primeiro momento de coleta de dados, o sujeito começou a contar o porquê escolheu esse número de identificação, junto de fatos que ocorreram em sua vida. Quando retornou à sala de espera, afirmou ao acompanhante que gostaria de sentar-se em local mais arejado, modificando o foco do assunto para sua internação recente e seu emagrecimento, bem como abordou os problemas de saúde presentes em sua família (cardíacos).

Conforme solicitação do residente, foi comunicada a necessidade de instalação de infusão venosa para hidratação, sendo necessário o cliente ir ao banheiro para troca de roupa, o que fez junto de seu acompanhante, com passos seguros e olhar atento às pessoas e objetos contidos no corredor interno. Instalada soroterapia, e mantido o sujeito na sala pós-exame, onde se manteve pensando a respeito de seu problema de saúde (sic).

Foi orientado pelo funcionário C a respeito do procedimento de ACTP (em nove itens) por quinze minutos, estando o cliente deitado, seu acompanhante sentado e o funcionário sentado em frente aos mesmos. A orientação realizou-se na própria sala pós-exame, junto de mais cinco outros clientes e tanto o sujeito quanto seu acompanhante, se mantiveram em silêncio, sem manifestarem dúvidas ou incompreensões.

Até o término do segundo momento de coleta de dados, foram observados comportamentos de introspecção e isolamento do sujeito, evitando participar da conversa

local a respeito do medo de hospital, relatado por outro cliente. De forma geral, o número de comportamentos diminuiu, mas os valores de seus sinais vitais apresentaram aumento: dois bpm na frequência cardíaca, uma ipm na frequência respiratória e de doze milímetros de mercúrio para a pressão arterial sistólica e de seis milímetros de mercúrio na diastólica. O valor encontrado para o IDATE–Estado foi maior dois pontos que do anterior, com preservação do nível de ansiedade.

Nas últimas duas horas e trinta minutos de espera, pôde-se observar que o cliente manteve o número de comportamentos observados, pois esteve adormecido por 1h30min. Em compensação, ao despertar, começou a contar histórias e falar de futebol (desvio do foco de atenção), até que foi avisado por uma funcionária de que entraria em sala dentro de uma hora.

O valor obtido na aplicação do IDATE–Estado foi de 38 pontos, mantendo-se em nível moderado de ansiedade. Para os sinais vitais houve aumento da frequência cardíaca que ainda se manteve dentro da normalidade, a frequência respiratória diminuiu um ponto, voltando para o padrão de normalidade e a pressão arterial sistólica aumentou 18 mmHg, enquanto que a diastólica regrediu seis milímetros de mercúrio.

O tempo total de espera foi de oito horas, sendo que o sujeito preferiu urinar em papagaio ao invés de se locomover até o banheiro, pois precisaria de auxílio com a infusão venosa.

6.1.5 - Caso 5

O sujeito deste caso apresenta 75 anos de idade, sexo feminino, divorciada, sendo lavradora aposentada, analfabeta, nega antecedentes familiares de cardiopatias e possui como diagnóstico clínico: DM, HAS, DLP, AI, ICC, IRC, DAC e MH.

Admitida no setor às 8h, vinda de condução própria com dois acompanhantes, de cidade da região de Ribeirão Preto, sendo orientada a permanecer na sala de espera do Setor de Cardiologia até que um funcionário a chamasse pelo nome.

Realizada conferência do uso correto das medicações, sendo relatado pelo sujeito a não realização do mesmo ao funcionário C.

A pontuação do IDATE para o item traço de ansiedade foi de nível moderado (44 pontos) e no item estado de ansiedade em mesmo nível, com 36 pontos. No entanto, foram observados treze comportamentos característicos de ansiedade, com maior concentração para os indicativos de nervosismo, introspecção e insegurança durante permanência na sala de espera; já, no consultório, com o pesquisador se mostrou comunicativo, apresentando opiniões pessoais quanto a alguns dados de caracterização sociodemográfica.

Os sinais vitais do sujeito apresentavam apenas a pressão arterial sistólica com valor acima do nível de normalidade, sendo classificada como hipertensão arterial sistólica moderada. Ressalta-se que, mesmo com medicação anti-hipertensiva prescrita para uso contínuo, o sujeito não fez seu uso.

O contato com o ambiente do corredor interno ocorreu em consequência da necessidade de vestir a camisola do hospital, pois seria necessário a instalação de uma infusão venosa contínua (soro fisiológico 1000 ml com duas ampolas de fluimucil^R), realizadas cinco tentativas de instalação de acesso venoso, sendo a última com sucesso. Durante as tentativas sem êxito, o sujeito afirmou:

“Já estou ficando nervoso, não agüento mais levar tantas picadas! Quero ir embora”.

Até o recebimento das orientações pertinentes ao procedimento, o sujeito permaneceu questionando, de forma indireta, as recomendações de mudança no estilo de

vida. Corrigida, mudou de assunto para seu passatempo preferido e novamente para o hábito de fumar.

Foi orientado quanto ao procedimento de angioplastia pelo funcionário E, sobre doze itens referentes à ACTP, num período de dez minutos, com linguagem coloquial, estando o sujeito sentado, assim como seus acompanhantes e o profissional em pé à sua frente. O local onde foram realizadas as orientações de enfermagem foi a sala pós-exame, onde se encontravam mais oito pessoas.

No segundo momento, o IDATE–Estado se manteve em nível moderado, com valor de 48 pontos, acompanhado por valores dos sinais vitais dentro do padrão de normalidade, mas com a observação de catorze comportamentos indicativos de ansiedade, sendo eles categorizados em comportamentos de introspecção, de insegurança e nervosismo.

Até que se procedesse à coleta de dados do terceiro momento (tempo de espera de 2h40min), o sujeito foi ao banheiro mais duas vezes, sendo que, em ambas, andou com passos lentos e curtos junto de um de seus acompanhantes, observando atentamente os demais clientes que se encontravam no corredor e apresentando expressão de receio na face. Ao retornar à sala pós-exame, voltou a falar de seu passatempo e, de súbito, questionou sobre o horário de seu procedimento e afirmou que estava com pressa e não concordava em ser sempre o último.

No terceiro momento, apresentava IDATE–Estado com nível elevado de ansiedade (56 pontos), sendo apresentado pelos seus sinais vitais taquipnéia e hipertensão arterial sistólica moderada, junto de catorze comportamentos indicativos de ansiedade, sendo que às categorias foram as mesmas do momento anterior.

O tempo total de espera foi de 4h20min.

6.1.6 - Caso 6

Veio de ônibus coletivo, residente no município de Ribeirão Preto, acompanhado, sendo admitido no Setor às 8h, tendo que esperar 3h40min até as orientações. O sujeito é do sexo masculino, com 83 anos, casado, motorista aposentado, que cursou até o terceiro ano do ensino fundamental. Relatou antecedentes familiares de HAS e DM e como diagnóstico clínico possui: DAC, HAS, AVC, ICC e IAM.

O resultado obtido com a aplicação do IDATE para traço foi de nível moderado de ansiedade (45 pontos) e para o item estado foi de 25 pontos (nível baixo de ansiedade), acompanhado por onze comportamentos relacionados à ansiedade com características de nervosismo e introspecção, na sala de espera. No consultório, junto do pesquisador, depois que seu acompanhante terminou de contar sobre sua vida, o sujeito conversou a respeito de seu ofício e de seus bisnetos.

O sujeito fazia uso contínuo de medicação simpaticolítica e anti-hipertensiva, tendo os valores dos seus sinais vitais dentro do padrão de normalidade. Até que se procedessem às orientações sobre o procedimento, o mesmo dormiu sentado, por uma hora.

Antes de receber as orientações sobre a ACTP, foi solicitado ao sujeito que fizesse um lanche leve, retornando ao setor depois de uma hora. As orientações foram realizadas na sala pós-exame (onde estavam mais cinco pessoas) com o cliente, seu acompanhante e o funcionário sentado, frente a frente. A duração foi de trinta minutos, com abordagem de doze itens em linguagem coloquial.

Depois das orientações, houve aumento do valor encontrado para o IDATE–Estado de dezessete pontos, indo para nível moderado de ansiedade, com aumento nos valores dos

sinais vitais, sendo de trinta e dois milímetros de mercúrio para a pressão arterial sistólica e dezoito para a diastólica, dez batimentos por minuto e quatro inspirações por minuto que passou a classificá-lo como taquipnéico.

O número de comportamentos característicos de ansiedade aumentou para doze, tendo grande concentração na categoria de comportamentos indicativos de nervosismo. O sujeito apresentou a seguinte queixa:

“Onde já se viu, quanta demora para se fazer um exame! Já estou ficando nervoso com toda esta ‘enrolação’ de vocês. Não tenho o dia inteiro para perder aqui no hospital e pior, ir embora sem fazer nada do que tinha sido previsto”.

O tempo de espera final foi de 3h10min, período em que o cliente aumentou mais um tipo de comportamento indicativo de ansiedade, mantendo o mesmo padrão de distribuição nas características anteriores, porém com aumento de dezesseis batimentos por minuto na frequência cardíaca (ainda dentro da normalidade), oito inspirações por minuto (taquipnéia) e a pressão arterial evoluiu para hipertensão arterial sistólica moderada (aumento de 36 mmHg) e hipertensão arterial diastólica leve (aumento de catorze milímetros de mercúrio).

Na aplicação do IDATE–Estado (terceiro momento), houve aumento da pontuação, o que manteve o sujeito na categoria de ansiedade moderada (44 pontos).

Ao observar sua reação frente às condições encontradas no corredor interno, o mesmo se mostrou indiferente, com passos duros e rápidos. Seu tempo total de espera foi de 6h50min.

6.1.7 - Caso 7

O sujeito compareceu ao Setor de Cardiologia, vindo de ônibus coletivo, por ser residente nesta cidade, porém desacompanhado. Foi admitido e solicitado que permanecesse na sala de espera. Com 66 anos, sexo masculino, casado, comerciante, estudou até o terceiro ano do ensino fundamental, desconhece seus antecedentes familiares e tem como diagnóstico clínico: HAS, IAM, DLP e DAC.

Chamado ao corredor interno, onde o funcionário C questionou o uso correto das medicações prescritas, sendo detectado uso contínuo de simpaticolítico e anti-hipertensivo, mas houve o não uso da medicação Clopidogrel^R, que foi imediatamente administrado por via oral na sala pós-exame.

Os dados sobre seus sinais vitais foram de hipertensão arterial elevada (sistólica e diastólica), com os demais componentes dentro do padrão de normalidade, o que desencadeou em administração de dose complementar de anti-hipertensivo associado a ansiolítico.

A aplicação do IDATE-Traço indicou baixo nível de ansiedade (29 pontos), enquanto que o item estado indicou nível moderado de ansiedade (35 pontos), associado a presença de catorze comportamentos indicativos de ansiedade no período de 4h20min de espera para o recebimento das orientações sobre o procedimento.

Enquanto esteve na companhia do pesquisador para a coleta de dados, contou-lhe de forma espontânea a história de sua vida profissional e religiosa, depois de encaminhado à sala de espera alterou seu comportamento para o isolamento social.

Realizadas as orientações sobre o procedimento pelo funcionário B, que duraram trinta minutos e contemplaram nove itens. ambos estavam sentados, frente a frente, em sala pós-exame que continha mais sete pessoas.

No segundo momento de aplicação do IDATE–Estado obteve-se resultado do nível de ansiedade baixo (26 pontos), com aumento da frequência cardíaca em quatro batimentos por minuto, evolução da frequência respiratória para taquipnéia e redução dos valores pressóricos para hipertensão arterial moderada (sistólica e diastólica). O número de comportamentos indicativos de ansiedade observados reduziu para dez, com padrão de introspecção e nervosismo.

Nas subseqüentes duas horas de espera, pôde-se observar doze comportamentos distintos, com ações de auto-affirmação e contestamento, sendo mantidos os padrões anteriores. O IDATE–Estado se manteve baixo, mas com aumento da pontuação para 30 pontos. Os valores de frequência cardíaca e respiratória tiveram novo aumento, com manutenção dos padrões anteriores e a pressão arterial sistólica manteve padrão de hipertensão moderada.

Durante espera total de 6h50min foram abordados assuntos referentes à opção religiosa, patologias cardíacas, ocupações, adoção de crianças e ética ao abordar uma pessoa a respeito e sua religião.

6.1.8 - Caso 8

O sujeito deste caso apresenta a peculiaridade de possuir patologia renal crônica, necessitando de hemodiálise em dias alternados. Vindo de cidade da região de Ribeirão Preto, em ônibus fornecido pela prefeitura de seu município, desacompanhado, sendo admitido e encaminhado à sala de espera.

Como características apresenta 40 anos, sexo masculino, união estável, operador de máquinas aposentado, estudou até o sétimo ano do ensino fundamental, desconhece seus antecedentes familiares e tem como diagnóstico clínico: HAS, IRC, AE e DAC.

Chamado ao corredor interno pelo funcionário B, que fez a conferência das medicações em uso (anti-hipertensivo de uso contínuo) e solicitando ao sujeito que retornasse à sala de espera.

Apresentava-se com IDATE Traço-Estado em nível moderado de ansiedade (40 e 43 pontos, respectivamente.), apresentando treze comportamentos indicativos de ansiedade que tinham características de nervosismo e insegurança. Os sinais vitais encontravam-se dentro dos padrões de normalidade. Afirma não se sentir seguro para a realização do procedimento.

Chamado para as orientações que se fizeram em consultório, com o cliente sentado à mesa, tendo duração de quinze minutos e o emprego de linguagem coloquial e termos técnicos em fala acelerada que contemplou quinze itens do procedimento de ACTP.

Depois das orientações, foi observado a redução do número de comportamentos para dez, com manutenção das características de nervosismo e introspecção. O IDATE–Estado se manteve moderado, mas com acréscimo na pontuação e redução nos valores dos sinais vitais (dezessete batimentos por minuto na frequência cardíaca, duas inspirações por minuto na frequência respiratória e na pressão arterial sistólica e diastólica foram dez e oito milímetros de mercúrio, respectivamente). Relatou:

“Não me sinto bem orientado, acho que não quero fazer o procedimento”

Permaneceu mais 1h55min em espera, na sala de pós-exame, junto de outros clientes do serviço, com novo aumento no número de comportamentos indicativos de ansiedade para doze, sendo caracterizados em nervosismo, insegurança e angústia. Relatou medo, conversou sobre sua condição de saúde e o desejo de ser transplantado.

O IDATE–Estado evoluiu para nível elevado de ansiedade (50 pontos) e seus sinais vitais modificaram apenas a frequência respiratória que passou a indicar taquipnéia.

Nesse momento, o sujeito solicitou ao pesquisador que permanecesse dentro da sala de procedimentos durante sua ACTP, o que não é permitido no setor, então pediu que fosse vê-lo aonde fosse ficar internado, pois gostaria de conversar mais com o pesquisador.

Reagiu ao corredor interno, tendo sua locomoção por ele realizada de cabeça baixa e com passos largos e rápidos. O tempo total de espera foi de 4h40min. O sujeito aposentado por invalidez aos 40 anos.

6.1.9 - Caso 9

Sujeito procedente de cidade do sul de Minas Gerais, em ônibus de seu município, acompanhado. Com 58 anos, sexo masculino, casado, auxiliar de serviços gerais, estudou até o primeiro ano do ensino fundamental, seus antecedentes familiares são de DM, DC, AVE e trombose venosa, como diagnóstico clínico: HAS, DM, IAM, DLP e DAC.

Foi admitido no setor e encaminhado para sala de espera, de onde foi chamado pelo funcionário C para averiguação do uso correto das medicações e comunicação de que seria instalado infusão endovenosa, conforme indicação do residente em estágio no serviço de hemodinâmica.

Instalada infusão endovenosa pelo pesquisador, sem intercorrências, sendo que o sujeito preferiu permanecer olhando a execução do procedimento, foi mantido na sala pós-exame deitado em maca. É usuário de medicações anti-hipertensiva e simpaticolíticas. Após procedimento verbalizou preocupação com o procedimento.

O resultado do IDATE Traço-Estado foi de nível moderado para ambos, com as seguintes pontuações: 36 e 37, conforme apresentação. Encontrada hipertensão arterial sistólica moderada (isolada) e taquipnéia. Durante espera de 3h05min houve a observação

de dez comportamentos indicativos de ansiedade, com características de nervosismo e insegurança.

A orientação sobre o procedimento foi realizada na própria sala pós-exame, pelo funcionário R, por quinze minutos, englobando doze itens a respeito da ACTP, sendo o cliente mantido deitado em maca, seu acompanhante de pé ao seu lado e o funcionário também de pé, usando linguagem mista (coloquial e técnica). Não houve verbalização de dúvidas pelo sujeito ou seu acompanhante, para o funcionário que os orientou.

O IDATE–Estado evoluiu para nível baixo de ansiedade (28 pontos), sendo que a pressão arterial sistólica progrediu para nível elevado de hipertensão e a pressão arterial diastólica para nível leve de hipertensão, associado à taquipnéia. O número de comportamentos observados manteve-se constante, com características de introspecção e comprometimento do pensamento.

Permaneceu mais uma hora em espera até a realização da ACTP, com doze comportamentos de características de insegurança e nervosismo, com aumento nos valores do IDATE–Estado para 34 pontos, mantendo ainda nível baixo de ansiedade. Quanto aos sinais vitais: mantiveram a taquipnéia e hipertensão arterial sistólica elevada e diastólica evoluindo para hipertensão moderada.

Durante o tempo final de espera, seu acompanhante assumiu o papel de conferência das informações passadas, relatou seus problemas de saúde e afirmou:

“Nem quando pagava convênio particular fomos tão bem atendidos”.

O percurso pelo corredor interno até o banheiro foi percorrido duas vezes, sendo que em ambas realizou com passos lentos e observação atenta da estrutura local e das pessoas dispostas ao longo dele.

6.1.10 - Caso 10

Admitido no Setor de Cardiologia às 7h30min, vindo de ônibus fornecido pela prefeitura de seu município, que pertence à região sul do Estado de Minas Gerais, o sujeito é do sexo feminino, com 41 anos, casada, auxiliar de serviços gerais com escolaridade pertinente ao primeiro ano do ensino fundamental, antecedentes familiares de doença de Chagas e HAS e como diagnóstico clínico possui: DAC, DM, IAM e HAS. Estando acompanhada.

Checado o uso correto das medicações pelo funcionário C, em corredor interno da unidade, e foi encaminhada para a sala de espera. O sujeito mantém uso contínuo de medicação anti-hipertensiva.

A pontuação obtida com a aplicação do IDATE Traço–Estado foi de 30 e 25 pontos, respectivamente. Os sinais vitais apresentaram alteração do padrão de normalidade apenas para a respiração que se encontrava taquipnéica. Durante o período em companhia do pesquisador, seu acompanhante relatou suas preocupações, sua alegria, sua vontade de estar no lugar do sujeito e sobre conhecimento, enquanto que o sujeito se manteve em silêncio, realizando movimentos repetitivos sem participar da conversa.

Saiu do setor para fazer abertura de prontuário, sendo orientada a realizar lanche leve e retornar em uma hora, sendo que o fez com quinze minutos de atraso. Ao voltar para a sala de espera, manteve o comportamento descrito na coleta de dados do primeiro momento.

O tempo de espera até as orientações foi de 5h30min, sendo que as orientações foram realizadas pelo funcionário C, na sala pós-exame, estando sentados em cadeiras próximas (triângulo), com duração de vinte minutos e abordagem de oito itens pelo

profissional, através de fala pausada e linguagem coloquial, mas sem a verbalização de dúvidas à pessoa que os orientou.

Como resultado da orientação observou-se a diminuição de comportamento indicativo de ansiedade, mas preservou-se a característica de introspecção do sujeito. Os sinais vitais se mantiveram nos mesmos padrões, com aumento da taquipnéia em oito inspirações por minuto e o resultado do IDATE–Estado apresentou aumento da pontuação (33 pontos), mas manteve-se em nível baixo de ansiedade.

Depois de coletado os dados, o sujeito e seu acompanhante permaneceram conversando com o pesquisador a respeito da criação dos filhos e de como é viver em uma fazenda. A maior parte do tempo o acompanhante esteve falando e o sujeito concordava pontualmente com o que era dito.

Permaneceram na sala de espera por mais 3h30min, com o sujeito mantendo o seu padrão de comportamento introspectivo com comportamentos característicos de nervosismo, sendo que o número total de comportamentos indicativos de ansiedade elevou-se para catorze. Os sinais vitais apresentaram aumento global, mas ainda dentro dos padrões de normalidade, exceto para a respiração que evoluiu para 36 inspirações por minuto (taquipnéia).

O tempo total de espera foi de 9h20min, sendo que ao locomover-se pelo corredor interno, o sujeito manteve a cabeça baixa, com passos lentos e curtos. Retornou do banheiro e afirmou:

“Não estou me sentindo bem com esta calça comprida e menos ainda por estar sem calcinha”

Outra peculiaridade do sujeito é de que ao terminar de responder ao IDATE comentava que havia respondido tudo errado e que havia realizado um cateterismo cardíaco no setor há dois meses.

6.1.11 - Caso 11

Depois de admitido no Setor de Cardiologia, o cliente foi de pronto convidado a ir para a sala pós-exame onde o funcionário C realizou a conferência das medicações em uso pelo sujeito. Entre as medicações de uso contínuo estavam presentes: simpaticolítico e anti-hipertensivo.

O sujeito pertence ao sexo masculino, tem 43 anos, é casado, cozinheiro, possui escolaridade equivalente ao quarto ano do ensino fundamental, como antecedentes familiares relatou HAS e IAM e como diagnóstico clínico possui: DAC, IAM, HAS, DLP e AE. Veio ao serviço em condução própria, estando acompanhado.

Os sinais vitais apresentavam hipertensão arterial sistólica moderada e hipertensão diastólica elevada. O resultado do IDATE foi de nível elevado de ansiedade para ansiedade traço e de nível de ansiedade moderado para ansiedade estado. Como informação importante, o sujeito havia realizado cateterismo cardíaco neste serviço há um mês.

Os comportamentos indicativos de ansiedade foram em número de nove e demonstravam introspecção. Nesse momento foi solicitado pelo residente em estágio em hemodinâmica que fosse instalada infusão venosa contínua para hidratação. Procedimento realizado pelo pesquisador, sem intercorrências, mas com relato verbal do sujeito de que não gosta de agulhas.

Esperou 1h55min pelas orientações de enfermagem sobre o procedimento, que foram realizadas pelo funcionário C, em quinze minutos, contemplando catorze itens da ACTP em linguagem coloquial e tendo todos sentados em cadeiras individuais frente a frente.

Após recebimento das orientações, houve modificação dos comportamentos observados, que indicavam introspecção e nervosismo, com aumento dos valores do IDATE–Estado para nível elevado de ansiedade (50 pontos). Houve detecção de taquipnéia e redução dos valores pressóricos para hipertensão arterial sistólica e diastólica leve.

O sujeito relatou ao seu acompanhante:

“Tenho medo de mexerem em meu coração, esse negócio de colocar arame no coração da gente não é muito perigoso”.

Nas subseqüentes duas horas de espera, manteve o mesmo número de comportamentos observados no momento anterior, com predomínio de características de nervosismo mais que de introspecção. O valor do IDATE–Estado regrediu para o nível moderado (45 pontos), mas houve aumento da frequência respiratória em seis inspirações por minuto, a frequência cardíaca aumentou catorze batimentos por minuto e a pressão arterial retornou para níveis de hipertensão arterial sistólica moderada e diastólica grave.

Foi ao banheiro três vezes, depois de instalado soro endovenoso, com passos largos, firmes e de cabeça erguida.

6.1.12 - Caso 12

Sujeito do sexo masculino, 37 anos, casado, tratorista, escolaridade compatível com o quarto ano do ensino fundamental, tendo antecedentes familiares de doença de

Chagas e diagnóstico clínico de: HAS, DPOC, AE, DAC, DLP, DM e Aspergiloma pulmonar.

Chegou no Setor de Cardiologia às 7h30min, vindo com acompanhante em ônibus da prefeitura de seu município que está localizado na região de Ribeirão Preto. Feita sua admissão, foi encaminhado à sala de espera, de onde foi chamado pelo funcionário C para conferência das medicações em uso, sendo que o mesmo faz uso contínuo de simpaticolítico e anti-hipertensivo.

Os sinais vitais do sujeito estavam dentro do padrão de normalidade e sua pontuação no IDATE foi correlacional ao nível de ansiedade baixo para ansiedade traço (33 pontos) e ansiedade estado (25 pontos). Os comportamentos indicativos de ansiedade foram no total de onze, com características de nervosismo e introspecção.

Foi liberado pelo funcionário C para um passeio de quarenta minutos pelos jardins do hospital e, nesse momento, apresentou a seguinte queixa:

“Credo! Que chá de cadeira que estamos tomando. Ainda vai demorar muito para o exame?”.

Esperou por 6h45min para receber as orientações pertinentes à ACTP, que foram dadas pelo funcionário A, em dez minutos, no consultório, sentados à mesa, abordando seis itens do procedimento e com linguagem técnica e fala rápida, com cobrança do filme de cateterismo que havia feito em outro serviço. Ao seu término o sujeito não verbalizou dúvidas.

Depois das orientações, o IDATE–Estado do sujeito abaixou um ponto, permanecendo em nível baixo de ansiedade, houve presença de taquicardia com os outros sinais vitais dentro dos limites superiores de normalidade. Os comportamentos apresentaram redução em número (oito) e mantiveram as características de nervosismo.

Para a realização do procedimento foram ainda mais 45 minutos de espera, no qual manteve os mesmos comportamentos descritos para o momento de coleta de dados anterior, mesmo nível de ansiedade para o IDATE–Estado, porém com aumento de três pontos, os sinais vitais apresentaram frequência cardíaca dentro da normalidade, frequência respiratória em taquipnéia e pressão arterial com valores de hipertensão arterial sistólica e diastólica leve.

O tempo total de espera foi de 7h40min, com duas idas do sujeito ao banheiro, percorrendo toda extensão do corredor interno com passos curtos, de cabeça baixa e olhar atento ao meio e às pessoas contidas nele.

6.1.13 - Caso 13

Sujeito de 68 anos, viúvo, lavrador aposentado, cursou até o quarto ano do ensino fundamental, desconhece seus antecedentes familiares e possui diagnóstico clínico de DAC, HAS, AVE, IAM, DPOC. Foi admitido ao Setor de Cardiologia, vindo de ônibus da prefeitura municipal de sua cidade, localizada na região de Ribeirão Preto, com dois acompanhantes.

Permaneceu por quarenta minutos na sala de espera até que o funcionário C o chamou para o corredor interno da unidade, fazendo a conferência do uso adequado das medicações prescritas e o mesmo relatou que não encontrou a medicação solicitada, não fazendo o seu uso, as medicações de uso contínuo apresentam simpaticolítico e anti-hipertensivo.

Os sinais vitais no primeiro momento estavam dentro dos padrões de normalidade, exceto para a pressão arterial sistólica que indicava hipertensão arterial moderada. Os valores do IDATE Traço–Estado foram, respectivamente, de 41 e 33 pontos que indicam

traço de ansiedade moderado e estado de ansiedade baixo. Pôde-se observar oito comportamentos indicativos de ansiedade, com características de nervosismo.

Foi levado para a sala pós-exame onde administraram os comprimidos de Clopidogrel^R e já iniciou conversa com outro cliente que se encontrava no mesmo ambiente.

Houve tempo de espera de 4h30min, para a realização das orientações pertinentes ao procedimento da ACTP que ocorreram na sala pós-exame, em vinte minutos, com o funcionário C, o sujeito e seus acompanhantes sentados em cadeiras em círculo, abordando oito itens do procedimento em linguagem coloquial.

Após as orientações, houve diminuição do número de comportamentos indicativos de ansiedade, mas sem alteração de sua característica (nervosismo). Os sinais vitais apresentaram aumentos de seus valores absolutos, permanecendo a frequência cardíaca e respiratória dentro da normalidade e para a pressão arterial, tendo hipertensão arterial sistólica isolada em nível moderado. Para o IDATE–Estado observou-se elevação, chegando a 40 pontos e nível moderado.

No terceiro momento, foram observados onze comportamentos indicadores de ansiedade, sendo característicos de nervosismo e insegurança. O valor correspondente ao IDATE–Estado progrediu para 51 pontos, chegando em nível elevado de ansiedade. A respiração tornou-se taquipnéica, acompanhada de hipertensão arterial sistólica moderada e diastólica leve, sendo o período de espera correspondendo a cinquenta minutos.

O tempo de espera total foi de 5h40min, com única ida ao banheiro, com passos firmes e seguros, sem prestar atenção ao ambiente e, aos demais clientes.

6.1.14 - Caso 14

Vindo de ônibus coletivo, acompanhado, chegando ao Setor de Cardiologia às sete horas, sendo o sujeito do sexo masculino, com 42 anos de idade, casado, cozinheiro e garçom, estudou até o quarto ano do ensino fundamental. Possui antecedentes familiares de HAS e IAM e diagnóstico clínico de HAS, AE, IAM, DAC e DM.

Realizada a conferência do uso das medicações prescritas pelo funcionário C, no corredor interno da unidade.

Observou-se onze comportamentos indicativos de ansiedade, com características de nervosismo e introspecção, sendo os resultados do IDATE para o componente traço de nível elevado (53 pontos) e para o componente estado nível moderado (47 pontos). Apesar de fazer uso contínuo de medicação anti-hipertensiva apresentou valores de pressão arterial de hipertensão arterial sistólica moderada e diastólica grave.

Antes das orientações houve período de interrupção no fornecimento de energia por 1h40min, sendo que o sujeito foi ao banheiro e ao retornar a sala pós-exame perguntou para o funcionário B:

“E aí, as coisas vão finalmente andar?”.

Depois de 3h45min de espera, tempo em que o sujeito não conseguiu permanecer mais de dez minutos no mesmo lugar e esteve o tempo todo falando sobre morrer, morte, liberação de corpo pelo Instituto Médico Legal e de paixão e bar.

Realizadas as orientações sobre a ACTP, pelo funcionário B, na sala pós-exame, estando o sujeito e seu acompanhante sentados com o funcionário de pé à sua frente. A duração foi de quinze minutos, sendo catorze itens descritos com um misto de linguagem coloquial e técnica, sendo a velocidade da fala rápida. Terminada a orientação o sujeito apresentou a seguinte fala:

“Dá pra jogar limpo comigo! Há risco de haver novo entupimento? Será preciso modificar minha alimentação? Posso continuar usando as mesmas medicações? Corro o risco de ir para o IML?”.

Após as orientações, o sujeito afirmou que se enrola muito para dizer as coisas e isso não é preciso. Observou-se as seguintes modificações: IDATE–Estado nível elevado (50 pontos), taquipnéia e hipertensão arterial sistólica e diastólica leves, associado a treze comportamentos indicativos de ansiedade que tinham características de nervosismo.

Ainda foi necessário permanecer mais 4h50min em espera pelo procedimento, sendo que o cliente aumentou o número de comportamentos indicativos de ansiedade para catorze, mantendo a característica de nervosismo. A taquipnéia foi mantida e a pressão arterial sistólica manteve nível leve de hipertensão enquanto que a diastólica progrediu para nível grave.

A espera total até o procedimento foi de 8h35min, sendo o Setor de Cardiologia conhecido pelo sujeito. Antes de entrar em sala afirmou:

“Tudo aqui no HC demora muito e faz a gente perder o dia”.

6.1.15 - Caso 15

Sujeito de 53 anos, sexo feminino, casada, doméstica, cursou até o correspondente ao terceiro ano do ensino fundamental, possui antecedentes familiares de DM e HAS e tem por diagnóstico clínico: HAS, AE, IAM, DAC, DM. Deu entrada no setor vinda de cidade da região de Ribeirão Preto em condução própria, acompanhada por duas pessoas.

Os dados referentes ao IDATE foram traço de ansiedade com 40 pontos, nível moderado de ansiedade, estado de ansiedade com 29 pontos, nível baixo de ansiedade. Sinais vitais dentro dos padrões de normalidade preconizados. Comportamentos

indicativos de ansiedade em total de dez, característicos de nervosismo. No momento de obtenção dessas informações relatou queimação e sensação de estômago embrulhado (sic).

Após 1h05min de espera na sala de pós-exame onde conversou com os demais clientes a respeito de sua vida e doença, foi chamado e orientado pelo funcionário C, em sala de procedimentos dois com a presença de outro funcionário em seu interior, estando sentados em cadeiras próximas. A orientação durou vinte minutos e abrangeu dez itens da ACTP com uso de linguagem coloquial.

Foi ao banheiro, caminhando pelo corredor interno da unidade com passos lentos, cabeça baixa e prestando muita atenção ao seu redor.

O resultado do IDATE–Estado depois das orientações, foi de baixo nível de ansiedade (29 pontos). Nove comportamentos indicativos de ansiedade puderam ser observados (característicos de nervosismo e insegurança). Presença de taquipnéia e hipertensão arterial sistólica isolada nível leve, sendo que a cliente fazia uso constante de medicação simpaticolítica e anti-hipertensiva.

Teve de aguardar mais quatro horas para a realização do procedimento, sendo que passou 1h30min fora do Setor de Cardiologia, pois foi liberada para a ingestão de um lanche leve. Durante o período em que esteve na sala de espera, relatou rezar para que Deus fizesse o tempo passar depressa até o procedimento e afirmou:

“Estou cuidando do motor, depois vou escrever para o Gugu e pedir uma plástica para poder ficar boa também por fora”.

No último momento de coleta de dados encontrou-se IDATE–Estado com 26 pontos (nível baixo de ansiedade), acompanhado de onze comportamentos indicativos, distribuídos entre nervosismo, insegurança e introspecção. Os sinais vitais apresentaram-se indicando: bradicardia, taquipnéia e hipertensão arterial sistólica e diastólica leve.

6.1.16 - Caso 16

Sujeito residente em Ribeirão Preto, deu entrada no Setor de Cardiologia, às sete horas, desacompanhada, em condução própria. Sexo feminino, 74 anos de idade, viúva, gerente comercial, terceiro grau completo, tendo antecedentes familiares de HAS e AVE, com diagnóstico clínico de: HAS, DAC, AIT, DLP, DH e obesidade.

Da sala de espera foi chamada pelo funcionário C, que conferiu o uso correto das medicações prescritas em corredor interno da unidade. O sujeito faz uso contínuo de medicação anti-hipertensiva e simpaticolítica.

Os sinais vitais apresentaram hipertensão arterial sistólica isolada grau leve, observou-se nove comportamentos indicadores de ansiedade num período de trinta minutos, sendo característicos de nervosismo. O IDATE-Traço foi de 59 pontos (nível elevado de ansiedade) e o Estado foi de 51 pontos, também elevado.

Recebeu as orientações pertinentes ao procedimento em cinco minutos, de forma sucinta, a respeito de nove itens de sua composição, na sala pós-exame, sentada frente a frente com o funcionário C.

Depois das orientações houve aumento do valor do IDATE–Estado para 59 pontos (nível elevado de ansiedade) com observação de sete comportamentos indicativos de ansiedade com características de nervosismo e insegurança.

Esperou por mais uma hora até à entrada em sala para realização do procedimento, sendo observada a presença de sete comportamentos indicativos de ansiedade (característicos de nervosismo), acompanhados por IDATE–Estado elevado (63 pontos) taquipnéia e hipertensão arterial sistólica grave e diastólica moderada.

Dirigiu-se ao banheiro pelo corredor interno da unidade com passos rápidos e largos, sem se deter no ambiente à sua volta. O tempo total de espera até a entrada em sala de procedimento foi de 1h35min.

6.1.17 - Caso 17

Admitido no Setor de Cardiologia, às sete horas, vindo de condução própria, acompanhado, sendo residente em Ribeirão Preto, sexo masculino, 64 anos de idade, solteiro, assistente social, com terceiro grau completo. Tem por antecedentes familiares doença cardíaca congestiva e diagnóstico clínico de: HAS, DAC, DM, AE, DLP e Estenose de carótidas internas.

Chamado, pelo funcionário C, para conferência do uso correto das medicações prescritas em corredor interno da unidade, sem intercorrências, foi solicitado que aguardasse na sala de espera. É usuário de medicação anti-hipertensiva e simpaticolítica.

Teve de esperar por 2h45min até às orientações, sendo que na admissão ao setor apresentava: IDATE – Traço com 33 pontos (nível baixo de ansiedade), IDATE–Estado de 41 pontos (nível moderado) e pressão arterial com valor sistólico compatível com hipertensão leve. Observou-se a presença de nove comportamentos indicativos de ansiedade, característicos de introspecção. E fez a seguinte solicitação:

“Gostaria que colocasse que sou religioso e não padre, pois, sabe as pessoas, se ficarem sabendo disto vão tirar o meu sossego aqui no hospital”.

Foi orientado pelo funcionário B quanto a nove itens do procedimento com linguagem técnica e coloquial, num período de trinta e cinco minutos, em consultório, sentados à mesa com o acompanhante de pé ao lado do sujeito.

Encontrou-se após as orientações: IDATE–Estado com 43 pontos, nível moderado de ansiedade, observou-se nove comportamentos indicativos de ansiedade nas características de nervosismo e introspecção associada. Nos sinais vitais houve manutenção do padrão anterior, e o sujeito permaneceu por trinta minutos conversando com o pesquisador a respeito de religiosidade.

Foi liberado para um passeio pelos jardins do hospital, com retorno marcado para as 13 horas. Ao retornar, o acompanhante pediu para que o pesquisador esclarecesse dúvidas remanescentes quanto ao procedimento.

Com 4h15min de espera houve redução da pontuação para o IDATE–Estado (41 pontos) com manutenção do nível de ansiedade em moderado. Os comportamentos indicativos de ansiedade reduziram para total de oito com características de nervosismo. Para os sinais vitais conservou as mesmas classificações, mas com aumento de vinte batimentos por minuto e uma inspiração por minuto.

Sua permanência em espera foi de sete horas, no total, e seu comportamento frente ao ambiente do corredor interno da unidade foi de indiferença, locomovendo-se por ele com passos firmes e cabeça erguida.

6.1.18 - Caso 18

Sujeito de 63 anos de idade, sexo masculino, casado, pedreiro, possui ensino fundamental completo, relata antecedentes familiares de HAS e DAC e possui diagnóstico clínico de: HAS, DAC, IAM, AI, DLP.DPOC e hérnia de disco. Chegou, às 8h para admissão no Setor de Cardiologia, vindo de ônibus coletivo municipal, por ser residente em Ribeirão Preto, acompanhado.

Foi convidado pelo funcionário C, ao corredor interno, para conferência das medicações em uso. É usuário de anti-hipertensivo e simpaticolítico diariamente.

Como dados referentes a sua admissão tem-se: IDATE–Traço de 54 pontos e IDATE–Estado com 55 pontos, ambos em nível elevado de ansiedade. Apresentando onze comportamentos indicativos de ansiedade com características de nervosismo, insegurança e egocentrismo. Taquipnéico e com hipertensão arterial sistólica moderada e diastólica leve.

Até o recebimento das orientações manteve-se falando de seu comportamento ao sofrer um IAM e de sua patologia (quarenta minutos). Recebeu as orientações sobre a ACTP do funcionário C acompanhado pelo médico residente em estágio na hemodinâmica, na sala pós-exame, em quarenta minutos, com o sujeito e seu acompanhante sentados em cadeira e os profissionais em pé, à sua frente, e foram abordados oito itens do procedimento em linguagem coloquial e técnica.

As orientações passadas foram checadas pelo sujeito com todos os profissionais que entravam na sala pós-exame. Os comportamentos indicativos de ansiedade se mantiveram em onze, com características de nervosismo, insegurança e bloqueio cognitivo. O IDATE–Estado foi de 59 pontos, com os sinais vitais mantendo padrão anterior.

Depois de 1h30min de espera manteve seu comportamento de checagem das orientações recebidas, aumentou o número de comportamentos indicativos de ansiedade para doze, com preservação das características. Aumentou a frequência respiratória em oito inspirações por minuto e preservou hipertensão arterial sistólica com redução para grau leve.

O tempo total de espera deste sujeito foi de 2h50min.

6.1.19 - Caso 19

Compareceu ao Setor de Cardiologia, às 8h10min, acompanhado, vindo de ambulância fornecida por seu município (cidade do sul do Estado de Minas Gerais). Possui 67 anos, sexo masculino, casado, lavrador aposentado, analfabeto, desconhece seus antecedentes familiares e tem como diagnóstico clínico: HAS, DLP, DAC e IAM.

Coletados os dados de admissão, sendo: IDATE–Traço de nível moderado (41 pontos) e IDATE-Estado em nível baixo (31 pontos), comportamentos indicativos de ansiedade em número observado de catorze nas características de inseguro, introspectivo e nervosismo. Sinais vitais dentro dos padrões de normalidade estabelecidos. Ao final do primeiro momento o sujeito relatou:

“Não pude dormir direito à noite, fiquei pensando no exame e quando vi já era hora de levantar”.

Foi ao banheiro com passos firmes, de cabeça baixa, sem olhar para os lados.

A orientação foi realizada depois de 1h35min de espera, em sala pós-exame, junto de outros clientes que ali se encontravam, estando o sujeito e seus acompanhantes sentados e o funcionário R em pé, à sua frente. Foram abordados quinze itens do procedimento, em cinquenta minutos, em linguagem coloquial. O sujeito relatou que não fez uso das medicações pela manhã (uso contínuo de anti-hipertensivo e simpaticolítico). O acompanhante expressou dúvida sobre o procedimento que foi esclarecido pelo funcionário.

Dez minutos após as orientações, observou-se diminuição no número de comportamentos observados, com manutenção de suas características. IDATE–Estado indicando baixo nível de ansiedade (25 pontos) e sinais vitais nos padrões de normalidade.

Dirigiu-se novamente ao banheiro, agora com passos largos, cabeça erguida e braços soltos ao longo do corpo e, ao retornar, perguntou ao funcionário B o horário do procedimento.

No último momento, duas horas depois, apresentava IDATE–Estado com 37 pontos (nível moderado de ansiedade), tendo onze comportamentos indicativos de ansiedade que se caracterizavam por nervosismo e insegurança. Preservando os sinais vitais sem alterações.

O tempo de espera total foi de 4h20min, sendo necessário aguardar cinco minutos para que entrasse em sala de procedimentos, não havia terminado a limpeza da mesma.

6.1.20 - Caso 20

O sujeito compareceu ao Serviço de Cardiologia, vindo de ambulância fornecida por seu município, localizado no sul do Estado de Minas Gerais. Possui 67 anos, sexo masculino, casado, lavrador, cursou o primeiro ano do ensino fundamental, seus antecedentes familiares são de HAS e possui diagnóstico clínico de: HAS, DAC e IAM.

Dados de admissão: IDATE–Traço de nível moderado (40 pontos) e IDATE–Estado em nível moderado (38 pontos), comportamentos indicativos de ansiedade observados (doze comportamentos) nas características de inseguro e nervosismo. Sinais vitais dentro dos padrões de normalidade estabelecidos, exceto para a pressão arterial sistólica que registrava nível de hipertensão leve.

A orientação realizou-se depois de 1h30min de espera, em sala pós-exame, junto de outros clientes, estando o sujeito e seu acompanhante sentados, bem como o funcionário C. Foram abordados catorze itens do procedimento, em vinte minutos, em

linguagem coloquial. O sujeito respondia com monossílabos o que lhe era inquirido pelo funcionário e negou a existência de dúvidas.

Coletada amostra de sangue por outro profissional do setor, que foi observado atentamente pelo sujeito.

Foi ao banheiro com passos largos e olhando para o chão, junto de seu acompanhante.

Após as orientações, apresentou IDATE–Estado com nível de ansiedade baixo (31 pontos), acompanhado por dez comportamentos indicativos de ansiedade com características de insegurança e nervosismo. Os valores de sinais vitais apresentaram-se dentro da normalidade, porém com presença de taquipnéia. Depois houve liberação do sujeito para a realização de lanche leve que durou uma hora.

Ao retornar, foi ao banheiro três vezes com passos largos e firmes, de cabeça erguida e observando todas as pessoas e objetos presentes no corredor interno da unidade.

Depois de esperar por cinco horas, apresentando dezessete comportamentos indicativos de ansiedade característicos de insegurança, nervosismo e introspecção, sendo o valor do IDATE–Estado de 36 pontos (nível moderado de ansiedade), com manutenção de taquipnéia e elevação dos valores pressóricos para grau leve de hipertensão arterial sistólica e grau elevado para hipertensão arterial diastólica.

Terminada a coleta dos dados, depois de ter esperado por 7h15min, o sujeito relatou ao pesquisador:

“Estou me sentindo cansado, pois não consegui dormir direito de noite, tendo que acordar muito cedo para vir pra cá e ainda tive de ficar esperando muito tempo pelo exame, mas me sinto calmo e tranquilo”.

6.2 - Resultados relacionados ao IDATE para os casos

Com o auxílio das apresentações caso a caso e, enfocando as respostas relacionadas aos objetivos propostos, para este estudo, foram encontrados os dados abaixo.

A relação IDATE–Traço com a escolaridade do sujeito pôde mostrar que, para a tendência de reação frente a uma situação ameaçadora, houve oscilação significativa quanto ao ambiente ou ao tempo de espera. Quatro casos de ansiedade traço elevado, sendo três homens e uma mulher que se subdividiram conforme escolaridade em dois sujeitos com o quarto ano do ensino fundamental, um com o oitavo ano do ensino fundamental e outro com nível superior completo.

Acrescentando os dados referentes à idade, percebe-se que os indivíduos com menor escolaridade estão na faixa etária entre quarenta e cinquenta anos, e os sujeitos com mais de oito anos de estudo estão na faixa etária de setenta a oitenta anos. Assim, pensamos que a experiência de vida avaliada pela idade em anos e não pela qualidade do enfrentamento ou aprendizado decorrente, junto com índices de escolaridade mais altos, podem ter o mesmo efeito sobre a formação do comportamento humano que entre pessoas mais novas e com nível de escolaridade mais baixo, conforme resultados obtidos pelo IDATE-Traço.

Realizando a mesma análise, considerando o número de comportamentos indicativos de ansiedade no lugar do resultado do IDATE, tem-se: a presença de nove comportamentos em dois sujeitos e de onze comportamentos nos demais. No entanto, entre os casos, tem-se três casados.

A quantidade de diagnóstico clínico presente entre os casos com ansiedade traço elevada foi maior entre os sujeitos com mais de setenta anos (dois), o que pode ser esperado pela condição de envelhecimento do organismo humano, e para os outros dois casos (na quarta década de vida) houve um com cinco diagnósticos e outro com quatro.

Os casos dezesseis e dezoito mantiveram o nível de ansiedade estado em condição equivalente ao quesito traço de ansiedade nos três momentos de aplicação do instrumento. As únicas equivalências encontradas foram de faixa etária e escolaridade (mais de oito anos de estudo). Enquanto que os casos onze e catorze apresentaram o mesmo comportamento para os níveis de ansiedade estado, sendo moderado na admissão, elevado após as orientações e moderado antes de entrar em sala. As orientações foram proferidas por funcionários diferentes, mas com a mesma duração, mesmo local e igual número de itens da ACTP abordados.

No nível de ansiedade traço moderado tem-se dez casos, sendo três do sexo feminino (um analfabeto e divorciado, um com três e outro com quatro anos de estudo e casados) e sete do sexo masculino (um analfabeto, dois com um ano de estudo e um caso para cada – três, quatro, sete e oito anos de estudo), com cinco casados, um em união estável e um viúvo.

A evolução dos casos quanto à ansiedade estado foi de dois casos, mantiveram nível moderado de ansiedade na admissão e após as orientações, com evolução para nível elevado de ansiedade antes de entrar em sala. Dados convergentes entre os casos tem-se apenas o número de diagnóstico clínico equivalente (oito).

Entre os casos do sexo masculino houve quatro estados de ansiedade moderados, sendo dois com manutenção do nível depois das orientações e apenas um até antes de entrar em sala. Dois reduziram para nível baixo de ansiedade depois das orientações, sendo que um se manteve em nível baixo e outro retornou para nível moderado antes de entrar em sala. Os casos com nível baixo de ansiedade estado na admissão foram: um sujeito foi para moderado após orientações e nível elevado antes de entrar em sala; outro sujeito manteve nível baixo depois das orientações e evoluiu para nível moderado no terceiro momento e o último caso foi do nível baixo para moderado e se manteve até entrar em sala.

Entre os casos identificados com ansiedade traço baixo (total de seis casos) observou-se dois sujeitos do sexo feminino, sendo casados, um na sexta década de vida e escolaridade compatível com o quarto ano do ensino fundamental e o outro caso tendo 41 anos e completado o primeiro ano do ensino fundamental. Ambos os casos mantiveram nível baixo de ansiedade para o IDATE–Estado nos três momentos de aplicação do instrumento.

Quanto ao número de comportamentos indicativos de ansiedade houve diferença entre os casos de dois comportamentos a mais na admissão para o sujeito de maior escolaridade e maior idade, que se reverteu no momento posterior às orientações (menos dois comportamentos que o outro caso) e, no terceiro momento, esse caso aumentou dois comportamentos observados para cinco comportamentos a mais do outro sujeito.

Ambos os casos apresentavam cinco diagnósticos clínicos, receberam as orientações do mesmo funcionário em ambientes distintos. As orientações realizadas no

consultório tiveram duração de cinquenta minutos e abordaram seis itens, sendo que a outra orientação foi realizada na sala de pós-exame, abordando oito itens do procedimento de ACTP e durando vinte minutos.

Os outros quatro casos se enquadravam no sexo masculino, sendo um caso na quarta década de vida, um na quinta década de vida e dois na sexta década de vida. Desses, um dos casos descritos como estando na sexta década de vida é solteiro e os demais casos são casados.

O nível de ansiedade estado medido foi categorizado como baixo nos três momentos para dois sujeitos, com diferenciação no número de comportamentos observados após as orientações, sendo que um se manteve constante em número de onze e posterior evolução para treze comportamentos indicativos de ansiedade no terceiro momento de coleta dos dados (orientado pelo funcionário R, em quinze minutos, na sala pós-exame, a respeito de doze itens relacionados a ACTP); enquanto que o outro reduziu para oito comportamentos indicativos de ansiedade e o manteve até o terceiro momento, tendo sido orientado pelo funcionário A, em dez minutos, no consultório, sobre seis itens do procedimento.

Um caso manteve o nível de ansiedade estado de ansiedade moderada da sua admissão até dez minutos antes de entrar na sala de procedimentos, sendo observado nove comportamentos indicativos de ansiedade na admissão e após as orientações sobre o procedimento, com redução de um comportamento observado para o terceiro momento. Foi orientado pelo funcionário B em trinta e cinco minutos, em consultório, a respeito de nove itens da ACTP.

O último caso apresentou nível de ansiedade estado moderado na admissão, associado a catorze comportamentos indicativos de ansiedade, sendo que depois de receber as orientações pertinentes ao procedimento (nove itens), fornecidas pelo funcionário B, na sala de pós-exame, em trinta minutos, seu nível de ansiedade estado modificou-se, indo para a categoria de baixa ansiedade e os comportamentos observados regrediram para um total de dez, depois das orientações, e aumentaram para doze antes de entrar em sala de procedimentos.

A existência da ansiedade no conviver do homem com o meio que se insere, sua diferenciação acontece ao comparar as alterações desencadeadas nos três níveis classificatórios. Passa a ser prejudicial para o ser humano quando em nível moderado, interferindo diretamente na sua capacidade de concentração, aprendizado, no funcionamento do sistema cardiocirculatório, na sua capacidade de interação e interpretação dos estímulos fornecidos pelo meio em que está inserido, respondendo de forma inadequada ao estímulo percebido.

6.3 - Resultados relacionados ao IDATE para os sujeitos

Em adição a esses dados, acrescentados os valores obtidos com a aplicação do IDATE, pôde-se traçar o seguinte paralelo: 50% das mulheres apresentam-se com a pontuação obtida para **ansiedade traço** de moderada a elevada, em comparação com 71% dos homens que seguem esse mesmo padrão.

Conforme estabelecido e apresentado na Tabela I, analisando dados de faixa etária e ansiedade traço, recordando que esse é um caráter que sofre mínimas flutuações no tempo ou espaço, o que permite dizer que é parte da estrutura emocional do indivíduo, temos a concentração de cinco casos na faixa de ansiedade baixa (três homens e duas mulheres) com baixa ansiedade, igual ou inferior a quatro anos de estudo de nível básico e um sujeito do sexo masculino com nível superior completo.

No nível de ansiedade moderada há seis casos com baixa escolaridade e mais dois casos de analfabetismo, totalizando 40% da amostra, dado este que não permite a afirmação de que o nível de conhecimento formal de um indivíduo pode funcionar como agente controlador da ansiedade.

Os últimos casos para descrição encontravam-se no nível de ansiedade elevada que teve maior frequência entre as pessoas de baixa escolaridade, o dobro de casos do que nas demais.

A forma com que os casos se distribuíram, segundo a faixa etária, de 40 a 50 anos, houve dois casos para cada categoria de ansiedade com baixa escolaridade e um moderado com mais de quatro anos de estudo, entre 51 e 60 anos, todos com traço de ansiedade baixo, de 61 a 70 anos foram dois casos para ansiedade baixa e, para ansiedade moderada,

com um caso em elevada. De 71 a 80 anos, dois casos com ansiedade moderada e um em elevada e para o indivíduo com mais de 81 anos o escore de ansiedade foi moderado.

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos estudados (n = 20) em diferentes níveis de ansiedade - traço, de acordo com a faixa etária, o sexo e o nível de escolaridade. RIBEIRÃO PRETO, 2003 – 2004

Ansiedade traço	Escola ridade	Gênero	Faixa etária					Total
			De 40 a 50 anos	De 51 a 60 anos	De 61 a 70 anos	De 71 a 80 anos	Mais de 80 anos	
Baixa	Analfabeto	Masc	0	0	0	0	0	0
		Fem	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0	0	0
	1ª a 4ª série	Masc	1	1	1	0	0	3
		Fem	1	1	0	0	0	2
		Total	2	2	1	0	0	5
	5ª a 8ª série	Masc	0	0	0	0	0	0
		Fem	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0	0	0
	Superior	Masc	0	0	1	0	0	1
		Fem	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	1	0	0	1
Moderada	Analfabeto	Masc	0	0	1	0	0	1
		Fem	0	0	0	1	0	1
		Total	0	0	1	1	0	2
	1ª a 4ª série	Masc	1	1	1	0	1	4
		Fem	1	1	0	0	0	2
		Total	2	2	1	0	1	6
	5ª a 8ª série	Masc	1	0	0	1	0	2
		Fem	0	0	0		0	0
		Total	1	0	0	1	0	2
	Superior	Masc	0	0	0	0	0	0
		Fem	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0	0	0
Elevada	Analfabeto	Masc	0	0	0	0	0	0
		Fem	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0	0	0
	1ª a 4ª série	Masc	2	0	0	0	0	2
		Fem	0	0	0	0	0	0
		Total	2	0	0	0	0	2
	5ª a 8ª série	Masc	0	0	1	0	0	1
		Fem	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	1	0	0	1
	Superior	Masc	0	0	0	0	0	0
		Fem	0	0	0	1	0	1
		Total	0	0	0	1	0	1

Conclui-se que a distribuição dos casos apresenta padrão quase que homogêneo para as variáveis dessa tabela e que, se houvesse uma amostra populacional de maior contingente, seria possível encontrar alguma tendência para o nível de ansiedade traço nos cardíacos isquêmicos.

Relacionando os dados obtidos com a aplicação do IDATE–Traço e as informações técnico-científicas a respeito de seus significados para o homem, percebeu-se que a formação da personalidade da pessoa não é determinada pela sua herança genética ou DNA, como acreditavam alguns estudiosos do século retrasado, ao ponto de sugerirem a associação de personalidade tipo A com o desenvolvimento de patologias cardíacas (GOTTO JR.;PHIL; FARMER, 1991; HACKETTT; ROSENBAUM; TESAR, 1991).

Baseado na descrição feita por esses autores e relacionando a ela a distribuição dos escores obtidos com a aplicação do IDATE, percebe-se que, para o item traço, há a maioria dos casos categorizados como moderado (dez casos), acompanhado por quatro casos com categoria de elevado, o que já apresenta interferência no seu campo de percepção e focalização da atenção ao que o indivíduo reconhece como primordial naquele momento, sua condição de saúde (cardiopatia isquêmica), limitando a aprendizagem e concentração.

Para o resultado encontrado nos três momentos de aplicação do inventário de **ansiedade estado** de Spielberger, consideraram-se dois ou mais valores categorizados como moderado e o terceiro variando de baixo a elevado, sendo que o valor baixo deveria estar na primeira mensuração realizada, o que corresponde, no total, a 50% da amostra em estudo.

Ao se proceder a análise deste dado, segundo a distribuição por sexo, tem-se: 3 mulheres, sendo duas com duas categorias de classificação moderada e uma elevada e uma mulher com categoria elevada nas três mensurações; e para os homens há presença de um

com três categorias elevadas, três com duas moderadas e uma elevada, um com uma baixa e duas moderadas e dois com três categorias moderadas.

A Tabela 2, a seguir, apresenta a distribuição dos sujeitos estudados e as pontuações obtidas nos três momentos de aplicação do IDATE–Estado, bem como emprega a categorização sugerida pelo seu autor em níveis de ansiedade que foram de baixo a elevado.

Ao se proceder à análise dos valores encontrados com a aplicação do IDATE–Estado no momento de chegada ao serviço, vemos que metade da amostra já se apresenta com ansiedade moderada, conforme a classificação adotada pelo autor do inventário, e dois indivíduos com ansiedade elevada, o que permite afirmar que os significados atribuídos tanto ao coração quanto ao procedimento que será realizado, associado com as informações obtidas no meio em que habitam, podem desencadear resposta ansiogênica em grau de intensidade que interfira nas capacidades (físicas e mentais) do cliente na leitura que fará de seus acontecimentos previstos.

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos estudados (n = 20) de acordo com os valores obtidos na aplicação do Inventário de ansiedade – estado de Spielberger (1973) e sua respectiva categorização por níveis de ansiedade. RIBEIRÃO PRETO, 2003 – 2004

Sujeitos	Ansiedade–Estado, segundo resultados do IDATE					
	Primeiro momento/ Admissão do cliente		Segundo momento/ Após orientação ACTP		Terceiro momento/ Antes de entrar em sala	
	Absoluto	Categoria	Absoluto	Categoria	Absoluto	Categoria
01	33	Baixo	33	Baixo	32	Baixo
02	24	Baixo	31	Baixo	32	Baixo
03	42	Moderado	43	Moderado	56	Elevado
04	38	Moderado	40	Moderado	38	Moderado
05	36	Moderado	48	Moderado	56	Elevado
06	25	Baixo	42	Moderado	44	Moderado
07	35	Moderado	26	Baixo	30	Baixo
08	43	Moderado	49	Moderado	50	Elevado
09	37	Moderado	28	Baixo	34	Baixo
10	25	Baixo	33	Baixo	30	Baixo
11	49	Moderado	50	Elevado	45	Moderado
12	25	Baixo	24	Baixo	27	Baixo
13	23	Baixo	40	Moderado	51	Elevado
14	47	Moderado	50	Elevado	43	Moderado
15	29	Baixo	24	Baixo	26	Baixo
16	51	Elevado	59	Elevado	63	Elevado
17	41	Moderado	43	Moderado	41	Moderado
18	55	Elevado	59	Elevado	63	Elevado
19	31	Baixo	25	Baixo	37	Moderado
20	38	Moderado	31	Baixo	36	Moderado

E, ao se observar a evolução da ansiedade, do momento em que o indivíduo chega a unidade até que receba as orientações pertinentes ao procedimento (tempo médio de

2h30min), temos que houve a manutenção das categorias iniciais de ansiedade em catorze clientes, evolução entre categorias para mais em três sujeitos e para menos em outros três.

Ao se proceder essa análise, considerando os escores obtidos, vê-se que treze indivíduos aumentaram seu escore de um a dezessete pontos, com média de seis pontos seis pontos (+ 6,6); enquanto que a redução dos escores, presente em seis casos, apresentou variância entre menos um e menos nove, com sua média em seis pontos um ponto negativos (- 6,1). Considerando a distribuição entre a pontuação média de reduções e aumentos, num valor igual a dois ponto quarenta e cinco pontos positivos (+ 2,45).

A ansiedade como fenômeno psíquico é descrita e caracterizada por sensação de perigo iminente, pela atitude expectante ante o período e pela sensação de desorganização e aniquilamento frente ao mesmo, sendo descrito, também, como parte da ansiedade, a angústia como grau máximo de ansiedade, com principal manifestação a sensação de constrição precordial (FILIZOLA; PAVARINI, 2003).

Estudando a aplicação dessas categorias para cada etapa da coleta de dados, no que se dirige à condição mensurada para o quesito ansiedade estado, tem-se:

- No primeiro momento há os mesmos dez casos categorizados como moderado e dois casos em nível elevado de ansiedade, o que já provocará certo grau de dificuldade para concentração nas informações fornecidas dentro da unidade, mas com grande chance de reversão se forem aplicadas as intervenções de redução da ansiedade;
- No segundo momento há diminuição do número de casos em categoria moderada para sete casos e aumento para a categoria elevado para quatro casos, ainda mantendo a maioria dos casos em condição de desenvolver dificuldade de aprendizado ou retenção e análise adequada das informações fornecidas;

- No terceiro momento há a presença de seis casos em condição de ansiedade moderada e outros seis casos categorizados como elevados, com aumento nas dificuldades de percepção e leitura da realidade como se apresenta, sendo necessária intensa intervenção para que se consiga colaboração e compreensão dos fatos, o que não ocorre depois que o indivíduo entra em sala para realização do procedimento.

Conforme a evolução observada entre e nos casos, vê-se que alguns desses indivíduos apresentaram incapacidade de redução nos níveis de ansiedade com as intervenções programadas pelo serviço, e em número menor, mas, com maior gravidade, foi observado o aumento do nível de ansiedade até que se atingisse a categoria de elevado, complicando ainda mais a condição emocional do cliente para o enfrentamento da situação programada.

A definição de ansiedade se faz ausente tanto na Classificação Internacional de Doenças em sua décima edição (CID - 10), como no livro denominado Distúrbios de Saúde Mental em sua quarta versão (DSM - IV), sendo descritas nas duas taxonomias apenas as diversas formas existentes para os distúrbios de ansiedade.

6.4 - O tempo de espera para a ACTP

Ao se estabelecer a média temporal de espera para as orientações e para a execução do procedimento, após haverem recebido as mesmas, sendo respectivamente de 3h20min e 3h15min de espera, os valores que excederam ao primeiro marco (tempo de espera até a orientação de enfermagem) apresentaram variação de quinze minutos a três horas e quinze minutos, e para o segundo marco (tempo de espera da observação até o momento em que se entra em sala para realização do exame) houve variação de quinze minutos à uma hora e trinta minutos. Observa-se que apenas em dois casos há um tempo de espera maior que a média estabelecida para os dois momentos, e perfaz o total de mais de oito horas de espera para a realização de uma angioplastia.

Em contrapartida apresenta-se a descrição dos fatores que podem interferir no tempo de espera para a realização desse procedimento.

O tempo de espera para o procedimento, decorrido das possíveis interferências relatadas acima, facilita o desenvolvimento e a observação dos comportamentos de origem ansiogênica, pelo aumento da expectativa, aliando-se aos fatores ligados ao ambiente e com vínculo percebido sobre as comunicações verbais desenvolvidas.

Analisando os sete casos que apresentaram tempo de espera superior a sete horas, verifica-se a presença de quatro casos com ansiedade estado em nível moderado em pelo menos dois momentos, sendo que em nenhum deles houve a identificação de nível elevado para o terceiro momento.

Número de exames ambulatoriais de cateterismo cardíaco agendados ao dia (quatro a seis).
 Intercorrências durante o exame – dificuldade de dissecação do vaso de acesso às coronárias, artérias tortuosas, local de implantação das coronárias, dissecação do vaso, etc.
 Valores pressóricos elevados, não respondentes à terapêutica empregada no Setor de Cardiologia.
 Ausência de comparecimento dos clientes agendados.
 Descompensação de quadros clínicos associados à isquemia cardíaca.
 Encaixe de procedimentos de emergência, como angioplastia primária.
 Realização de procedimentos de valvuloplastia ou cateterismo cardíaco em crianças, pela necessidade de suporte anestésico.
 Modificação do quadro clínico do cliente com tratamento conservador da isquemia, retirando a indicação do procedimento.
 Inexistência de leitos para internação do cliente com indicação de ACTP, no dia de sua realização.
 Quebra da aparelhagem necessária para a realização do procedimento (CDI).
 Intercorrências na Unidade do Hospital das Clínicas - *campus* (incêndio na central de processamento de materiais).
 Quedas de energia não programadas na região do hospital, e o gerador fornece o mínimo de energia aos serviços primordiais (unidades de atendimento a clientes críticos, semicríticos e de internação).
 Falha, dos representantes, na data de entrega dos materiais adquiridos pela unidade.
 Recesso de final de ano de 20/12/2003 a 05/01/2004, agravado por ausência dos residentes que definem os clientes a serem chamados e fazem agendamento (casamento e doença na família).
 Realização de ACTP em clientes com agendamento inicial de cateterismo cardíaco que evoluem, em sala, para a intervenção.
 Horário de início dos procedimentos agendados ao dia, sendo após às 8h.
 Participação de todos os hemodinamicistas nas discussões de casos clínicos nas visitas médicas.

Quadro 2 - Fatores de interferência no tempo de espera e possibilidade de realização da ACTP, conforme observação do pesquisador e relato dos funcionários do setor

Os outros três casos mantiveram-se com nível de ansiedade estado baixo para os três momentos de aplicação do inventário. Os três casos são do sexo feminino e permaneceram ao menos duas horas ausentes do Setor de Cardiologia. Para o quesito ansiedade traço teve-se apenas um sujeito com nível moderado de ansiedade.

Durante todo o período de espera não havia dispositivos para desvio do foco de atenção, o funcionário que permanecia na sala pós-exame não foi o mesmo que realizou as

orientações, ou que o comunicou sobre a punção venosa e conferiu o uso adequado das medicações.

As afirmações a seguir ilustram o pensamento dos sujeitos frente ao tempo total de espera a que foram submetidos:

“Estou cuidando do motor, depois vou escrever para o Gugu e pedir uma plástica para poder ficar boa também por fora” (Caso 15).

“Credo, que chá de cadeira estamos tomando! Ainda vai demorar muito para o exame?” (Caso 12).

“Já não agüentava mais esperar pela angioplastia!” (Caso 01).

“Onde já se viu, quanta demora para fazer um exame! Já estou ficando nervoso com toda esta enrolação de vocês. Não tenho o dia inteiro para perder aqui no hospital e pior é ir embora sem fazer nada do tinha sido previsto” (Caso 06).

“E ai, agora as coisas vão finalmente andar ... Tudo aqui no HC demora muito e faz perdemos o dia” (Caso 14).

“Estou me sentindo cansado, pois não consegui dormir direito de noite, tendo que acordar muito cedo para vir prá cá e ainda tive de ficar esperando muito tempo pelo exame...” (Caso 20).

6.5 - Os comportamentos observados

Os comportamentos apresentados caracterizam a maneira pela qual a ansiedade pode ser expressa (alterações fisiológicas ou comportamentais), indiretamente por meio de sintomas ou mecanismos de adequação (tentativa de defesa frente à ansiedade) – o que, segundo os estudiosos da comunicação, é reconhecido como linguagem não-verbal. Acrescenta-se que a intensidade dos comportamentos aumenta em função da progressão no nível da ansiedade (STUART; LARAIA, 2002).

No Quadro 3 têm-se os dados pertinentes aos **comportamentos** observados durante o momento de espera pelo procedimento agendado (tempo médio total de 5h45min), conforme distribuição entre as pessoas que realizaram a orientação, em valores absolutos. Ressalta-se que neste quadro se encontram apenas os comportamentos que puderam ser observados, o que se compararmos com o instrumento apresentado no apêndice B, percebe-se a ausência de alguns sinais ou sintomas descritos como esperados para um indivíduo com ansiedade.

A orientação foi realizada por enfermeiros em dezenove dos vinte casos estudados, sendo que um caso foi proferido pelo enfermeiro chefe da unidade, e quinze casos pelos enfermeiros de plantão, os demais foram realizados por enfermeiros residentes em cardiologia (um do segundo e um primeiro ano de especialização). Esses profissionais foram categorizados por letras, sendo estas: A,B e C para os enfermeiros contratados do setor; E para o profissional da equipe de enfermagem; e R para os profissionais em curso de especialização, modalidade residência de enfermagem em cardiologia.

Comportamentos apresentados	Profissionais de enfermagem				
	A	B	C	R	E
Observação atenta e vigilância	01	07	08	03	02
Pouco contato visual	03	16	24	12	03
Agitação	01	05	07	02	01
Angústia	00	06	05	03	00
Olhar em torno	00	05	13	06	00
Movimentos repetitivos e constantes	03	10	23	10	03
Preocupado/apreensivo	02	24	22	09	03
Preocupações expressas	00	04	02	05	00
Inquietação	01	07	09	02	02
Tensão facial	00	00	03	02	00
Incerteza	01	03	09	10	03
Desamparo aumentado	00	01	02	01	00
Cautela aumentada	00	01	07	01	02
Nervoso/ trêmulo	00	06	13	00	01
Olhar fixo	01	04	17	09	03
Silêncio	02	12	23	11	03
Fala em demasia	00	02	01	01	00
Imobilidade	00	00	00	01	00
Reflexos aumentados	00	00	01	00	00
Consciência de sintomas fisiológicos	00	00	01	00	00
Foco em si mesmo	02	08	16	04	01
Sentimentos de inadequação	00	01	01	00	00
Receoso	001	02	14	05	02
Assustado	00	02	03	00	00
Aflito	00	01	01	00	00
Ansioso	02	05	16	04	03
Irritabilidade	00	00	02	00	00
Voz trêmula	00	01	00	00	00
Tremores das mãos	00	01	01	01	00
Urgência urinária	00	00	02	00	00
Distúrbio do sono	00	03	09	03	01
Perspiração aumentada	00	06	00	00	00
Disfagia	00	00	02	00	00
Choro	00	02	00	00	00
Rubor facial	03	04	08	05	01
Ruminação	02	04	16	06	01
Bloqueio de pensamento	00	01	02	00	00
Atenção prejudicada	00	08	14	07	01
Campo de percepção diminuído	01	01	14	01	00
Medo de conseqüências inespecíficas	00	01	01	00	00
Dificuldade de concentração	00	01	03	00	01
Capacidade diminuída de resolver problemas/aprender.	00	05	07	01	01
Totais	26	170	322	126	38

Legenda: A: Enfermeiro A; B: Enfermeiro B; C: Enfermeiro C; R: Enfermeiro Residente; E: profissional de enfermagem.

Quadro 3 - Frequência dos comportamentos e sentimentos apresentados pelos sujeitos (n = 20) após as orientações para angioplastia coronariana transluminal percutânea, segundo o profissional de enfermagem responsável. RIBEIRÃO PRETO, 2003 – 2004

Como comportamentos descritos, há 680 diferentes formas observadas de reação frente ao ambiente e ao que foi exposto nas orientações, dos quais, pela qualidade dos comportamentos descritos, pôde-se constatar que indivíduos do sexo feminino têm características mais introspectivas que os homens (ruminação, campo de percepção diminuído, foco em si mesmo, pouco contato visual) e indicadores de nervosismo (distúrbios do sono, ansiedade, preocupado/apreensivo, preocupações expressas, angústia, e movimentos constantes e repetitivos), todos com frequência maior ou igual a 50%.

Para os indivíduos de sexo masculino temos os seguintes comportamentos com frequência maior ou igual do que 50%: campo de percepção diminuído, ruminação, foco em si mesmo, pouco contato visual e observação atenta e vigilância (indicando introspecção). Distúrbios do sono, ansioso, preocupado/apreensivo, movimentos repetitivos e constantes (indicativos de nervosismo), diferindo das mulheres por haver 57% dos sujeitos apresentando observação atenta e vigilância.

Os comportamentos apresentados pelos casos e registrados durante as observações não poderiam ter sido mensurados com a aplicação do IDATE e, para serem descritos pelos indivíduos como consequência de estimulação ansiogênica, seria necessário, por parte dos indivíduos, o reconhecimento da ansiedade, bem como das alterações por ela produzidas.

Os clientes observados apresentaram crescimento numérico dos comportamentos apresentados de forma proporcional ao tempo de espera a que foram submetidos. No entanto, ressalta-se que quanto maior o nível de ansiedade mais alterações comportamentais são observáveis, se comparados casos com tempo de espera aproximado.

Durante a análise dos dados coletados com as observações em adição a dados objetivos correlacionados, como pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, IDATE-Estado e tempo de espera em horas, surgem dúvidas quanto à fidedignidade das respostas dadas ao inventário de ansiedade, ou se o mesmo realmente é capaz de mensurar ansiedade real, ou se mensura apenas a ansiedade percebida pelo cliente.

Essas indagações surgiram quando confrontados os dados do escore de ansiedade estado e a quantidade de comportamentos descritos para o caso, pois na contagem de dez a catorze comportamentos houve resultados do IDATE variando entre as categorias de baixo a elevado.

Apesar de acompanhar o progresso inegável dos estudos e pesquisas na área da psicologia e psiquiatria, depois do advento dos inventários e questionários para a avaliação de sintomas subjetivos, através da comparação dos escores obtidos em diferentes momentos de avaliação do caso e por ser uma forma sistematizada de registro, ainda não se pode desconsiderar a quantidade de informações observáveis pelo clínico ou por familiares/significantes deveria também compor esses instrumentos.

Mesmo sabendo que a observação participativa pode produzir alterações diretas sobre o comportamento do indivíduo, seja por inibição ou por extrapolação, ainda se torna favorável ao reconhecimento de uma patologia subjetiva com implicações diretas sobre a capacidade do indivíduo em relacionar-se ou reagir ao meio a que está exposto. Ressalta-se a importância de realizar a aplicação preservando a sua capacidade crítica aguçada para a identificação dos casos com alterações, segundo os extremos.

A maioria dos comportamentos apresentados esteve presente na categoria das alterações comportamentais e afetivas, proporcionalmente. Sendo que a categoria

alterações fisiológicas, mesmo tendo um grande número de sinais e sintomas, sem que haja o contato físico ou o comando para a realização de algumas tarefas, pode passar despercebida aos olhos do observado e ao conhecimento do indivíduo.

6.5.1 - Assuntos abordados durante a espera

A comunicação não-verbal ocupa todos os sentidos e engloba tudo o que não envolve a palavra escrita ou falada e pode aparecer como: indícios vocais (ruídos e sons paralinguísticos ou extrafala), indícios de ação (todos os movimentos do corpo, incluindo expressão facial e postura), indícios de objeto (uso intencional ou não de objetos pela pessoa – roupas e outros pertences), espaço (distância física entre as pessoas) e toque (contato físico estabelecido, comunicação não-verbal mais pessoal).

O estado psicológico do indivíduo afeta diretamente as comunicações não-verbais, determinando comportamentos e atitudes inerentes ao que se está sentindo, assim, torna-se clara a interferência da ansiedade na captação dos estímulos tanto quanto nas respostas obtidas a cada um deles, bem como a comunicação empregada.

Torna-se pertinente a apresentação de uma das definições encontradas para a ansiedade, para que se possa ter a compreensão das alterações de fala e comportamento que possam desencadear.

Segundo Stuart e Laraia (2002), a ansiedade é a resposta emocional da apreensão. Sendo percebida como uma apreensão difusa e vaga, associada a sentimentos de incerteza e desesperança, sendo uma emoção desencadeada por objeto inespecífico, experimentada de forma subjetiva e comunicada interpessoalmente.

Sabe-se que a ansiedade é necessária para a sobrevivência, mas os níveis graves e incontroláveis de ansiedade são incompatíveis com a vida, funcionando como estímulo

para o mecanismo de defesa, auxiliando o indivíduo a reagir diante de uma ameaça (STUART; LARAIA, 2002; BERNIK apud KLINGER, 2004).

Segundo os autores Splitz (1997) e Rojas (2001), a doença se associa à realização de vários procedimentos invasivos ou não, diagnósticos ou terapêuticos; que representam certo risco e manifestam na pessoa doente aspectos emocionais que se intensificam ao enfrentar o desconhecido e pela incerteza do que poderá acontecer.

Enquanto que Daubermann e Silva (1986) descrevem que o usuário cardíaco, quando vai realizar algum tipo de procedimento, já vem com uma carga tensional criada pela doença em si, que ao se deparar com uma unidade desconhecida, muitos aparelhos, equipamentos e uma equipe, que em muitos casos desconhece, provoca um aumento desse estado de tensão que o impossibilita colaborar para obter melhores resultados.

E, aliado a isso, outros autores como Pereira et al. (1997) e Anderson e Ormond (1999), acrescentam mais um fator desencadeante da ansiedade, de forma progressiva, relacionada à aproximação da data do exame ou procedimento, pois significa a averiguação de seu estado de saúde e um possível mau prognóstico da doença cardíaca.

Segundo Travelbee (1982), comunicar significa o envio e recebimento de mensagens através do emprego de símbolos, palavras (escrita ou falada), gestos e outros meios não verbais; devendo a mensagem ser compreendida tanto por quem a recebe quanto por quem a envia, se isto não ocorrer, então, não houve comunicação, ressaltando que, entender a mensagem, não quer dizer concordar com a mesma.

A comunicação é dividida em duas categorias principais, sendo a verbal (incluem-se mensagens enviadas e recebidas por meio de palavras escritas ou faladas) que é um pequeno segmento da capacidade de comunicação humana, e a não-verbal (onde as mensagens são enviadas e recebidas por meio de sinais, gestos, expressão facial, marcha, postura, tom de

voz, toque e aparência física), conforme apresentado por Filizola e Pavarini (2002) e Stuart e Laraia (2002).

Os assuntos abordados durante a comunicação verbal, entre os clientes e para com os funcionários do setor de cardiologia, serão listados, conforme categorização realizada pelo pesquisador.

Culturalmente, nos estudos desenvolvidos por Figueiredo (1997) e Stuchi (1999), o coração tem abrigado uma simbologia popular de tom bem variado e muito rico que inunda o imaginário humano-social, sendo uma grande sede com lugar para todos os sentimentos. Coração e emoção juntam-se em uma única fala, interferindo um sobre o outro, e pela associação da vida e morte com o coração, nenhuma outra doença (como as cardíacas) é tão vinculada à possibilidade de morte iminente.

Conforme apresentado na Tabela 3, dentre os assuntos abordados até que se procedesse às orientações pertinentes ao procedimento de ACTP, considerando os temas abordados em grandes categorias, tem-se cerca de 49% dos assuntos diretamente relacionados à patologia cardíaca e seu tratamento (dietas, exercícios físicos, tabagismo, medicações, diagnóstico, procedimentos realizados ou a realizar, tratamento), terminalidade e sua percepção (morte, religiosidade e família) com 7%, os demais temas podem ser divididos entre sintomas percebidos de ansiedade (32,5%) e amenidades (11,5%).

Estes dados refletem a importância conferida ao coração e suas implicações à condição de vida, sendo somadas a estes as preocupações expressas, quanto a família, morte e religiosidade, temos determinada a área de maior concentração com 56% dos temas abordados.

Tabela 3 - Frequência dos assuntos abordados durante espera pelas orientações de enfermagem quanto ao procedimento de ACTP, por sexo. RIBEIRÃO PRETO, 2003 - 2004 (n = 20)

Categorias dos assuntos:	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Patologia cardíaca e seu tratamento	29	13	42
Sintomas percebidos de ansiedade	15	13	28
Terminalidade e sua percepção	3	3	6
Amenidades	9	1	10
Total:	56	30	86

Analisando as diferenças de tema conforme sua distribuição por sexo, percebe-se que o contingente feminino (47%) trabalha mais as sensações percebidas e vinculadas à ansiedade que o sexo masculino (32%), sendo que para assuntos relacionados diretamente com a sua patologia temos porcentagens aproximadas de 57% entre os homens e 53% entre as mulheres. Um dado interessante é que entre o sexo feminino não houve falas com assuntos diversificados que fugissem das sensações ou razões pelas quais se encontravam no serviço.

Em segundo momento há o aparecimento de assuntos ligados à ansiedade causada pela espera, em se considerando o silêncio como forma de resposta ou de comunicação da ausência de interesse ou mecanismo de defesa do sujeito.

Em seqüência temporal, continuar-se-á a análise dos temas, segundo categorização do pesquisador, abordados após as orientações de enfermagem quanto ao procedimento de ACTP, conforme listado na Tabela 3.

Comparado com o quadro anterior, observa-se que há uma redução na qualidade e quantidade dos assuntos abordados, com maior concentração entre os que se categorizam como relacionados à patologia e seu tratamento, mesmo com aumento do tempo médio de espera até seu encaminhamento à sala de procedimentos (3h15min).

Tabela 4 - Frequência dos comportamentos e sentimentos apresentados pelos sujeitos (n = 20) após as orientações para angioplastia coronariana transluminal percutânea, segundo o profissional de enfermagem responsável. RIBEIRÃO PRETO, 2003 – 2004

Categoria dos assuntos	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Patologia cardíaca e seu tratamento	24	12	36
Sintomas percebidos de ansiedade	19	10	29
Terminalidade e sua percepção	5	1	6
Amenidades	4	2	6
Total:	52	25	77

Comparado com o quadro anterior, observa-se que há redução na qualidade e quantidade dos assuntos abordados (nove ocorrências a menos), com maior concentração entre os que se categorizam como relacionados à patologia e seu tratamento, mesmo com aumento do tempo médio de espera até seu encaminhamento à sala de procedimentos (3h15min).

Onze temas são relacionados à patologia e seu tratamento e foram citados pelos clientes em observação participativa em 46,7% das conversas, em segundo lugar com 37,7% temos a conversação dirigida para assuntos relacionados a comportamentos ansiosos percebidos, com apenas 7,8% dos temas referentes a fatos ou acontecimentos que não possuíam vinculação com sua estada no setor(amenidades) e à terminalidade e sua percepção.

Comprando as diferenças entre sexo, temos predomínio da distribuição dos temas conforme comportamento geral da amostra, sendo temas associados a: patologia e tratamento com 52 % entre as mulheres e 53,8 % entre os homens, comportamento ansioso percebido com 40 % para sexo feminino e 38,5 % para sexo masculino, quanto a assuntos dirigidos a terminalidade e sua percepção houve predomínio entre os homens (9,6%), e

assuntos triviais, sem relação com as categorias anteriores temos 8 % entre as mulheres e 7,7 % entre os homens; conforme as falas apresentadas:

“Dá pra jogar limpo comigo! Há risco de haver novo entupimento? Será preciso modificar minha alimentação? Posso continuar usando as mesmas medicações? Corro o risco de ir para o IML?” (Caso 14).

“Muitas pessoas da minha família tiveram infarto e eu estive internado aqui em janeiro, quando emagreci cinco quilos por causa de um infarto, e hoje vão mexer no meu coração; torço para que dê certo!” (Caso 04).

O adaptar-se às patologias crônicas é influenciado por características da personalidade, mecanismos de enfrentamento empregados, seu autoconceito e sua auto-imagem, bem como as experiências anteriores com a doença e os profissionais da saúde, sendo que as respostas emocionais do cliente podem ser medidas pelas atitudes das pessoas que o cercam, inclusive dos profissionais (PIERIN, 2001).

De acordo com o que Filizola e Pavarini (2002); apresentam, existem vários estudos desenvolvidos apontando que a percepção das diferentes partes do seu corpo, pelo indivíduo, influi no autoconceito e na relação com os outros, complementando que pessoas que sofreram alguma mudança mostram-se menos confiantes e mais ansiosas no relacionamento com os demais.

Assim, corroborados pela descrição de Ribeiro e Rengel (1992) e Santos e Luiz (1999) onde afirmam que a associação das significâncias dadas ao órgão, em si, com o processo de comunicação desenvolvido para esclarecer o sujeito quanto ao procedimento que será submetido (a orientação), sendo que se a pessoa não é capaz de entender ou não recebe uma informação clara e precisa, ela tende a interpretá-la de acordo com o seu conhecimento, o que pode provocar aumento no grau de ansiedade e medo diante do desconhecido (neste caso a ACTP).

6.6 - Orientações sobre a ACTP

O tempo empregue pelo profissional de enfermagem para realizar a orientação prévia do procedimento apresentou variação, de cinco a cinquenta minutos, e a quantidade de informações veiculada a esse tempo foi variável, conforme categorização empregada (considerou-se o tema em abordagem), apresentadas na figura a seguir.

♦Finalidade do procedimento	♦ECG	♦Jejum
♦ Local do procedimento	♦Campos estéreis	♦Anestesia
♦ Punção	♦Introdutor	♦Tipos de cateteres
♦Trajeto do cateter	♦Placa de ateroma	♦Contraste
♦Sensação de calor	♦Balão	♦Sensação de dor
♦Uso de stent	♦Duração	♦Cocais
♦Repouso absoluto	♦Internação	♦Alta
♦Roupas e pertences pessoais	♦Tempo de espera	♦Necessidade de leito
♦Reoclusão	♦Isquemia	♦Adesão ao tratamento

Figura 5 - Categorias estabelecidas conforme os temas abordados em todas as orientações de enfermagem, correspondendo ao grupo de itens a serem trabalhados em cada uma das orientações, individualmente

Dessas, estiveram presentes em 100% das orientações os temas que envolviam local, anestesia, *stent*, cateteres. Para a média de dezoito pessoas foram passadas informações sobre anestesia, dor, internação, para quinze desses foram passadas informações sobre necessidade de repouso e local da punção, doze receberam informação sobre o uso de cateter balão para comprimir a placa de ateroma, sete foram informados

sobre a importância da adesão ao tratamento, seis quanto ao trajeto percorrido pelo cateter até as coronárias e sobre o que é uma placa de ateroma, quatro a respeito da finalidade do procedimento, sua duração, o risco de reoclusão e sobre a sensação de calor provocada pelo contraste; três quanto à utilização de um introdutor para a punção local, uso de contraste iodado, informações sobre a alta e os seus pertences, dois sobre o processo da isquemia, sobre o tempo de espera pelo procedimento, necessidade de jejum e quanto à colocação de campos estéreis, um foi orientado sobre a necessidade de monitorização pós-procedimento, a dependência de leito de internação para realização do procedimento e como proceder se sentisse coceiras durante a realização do mesmo.

Nenhuma das orientações acompanhadas conteve todos os temas levantados através da observação diretiva de suas execuções, priorizando aqueles de maior importância para o cliente em atendimento pelo serviço, seria fundamental que se garantisse ao menos as informações quanto à finalidade da ACTP, o local onde é realizada, a anestesia, o sistema de punção com uso de introdutor, os tipos de cateteres empregados, o que é uma placa de ateroma e como se dá sua compressão, a dor possível nesse momento, o emprego de *stent* e o uso do contraste para visualização do resultado alcançado, a necessidade de ser internado por vinte quatro horas, sendo necessário repouso absoluto do membro inferior direito por doze horas e a importância da adesão ao tratamento como meio de garantir o resultado alcançado através do procedimento de ACTP.

O conteúdo apresentado nas orientações de enfermagem, as quais, todas, o pesquisador assistiu, categorizou-se conforme os temas abordados, em seu conteúdo, sendo listadas todas as categorias no Quadro 4.

O procedimento de angioplastia
Riscos inerentes a ACTP
Finalidade da ACTP
Emprego de anestesia local
Punção (local e tipo de dispositivo)
Local do exame
Cateteres empregados
Trajetória do cateter
Sensação de calor
O que é e para que serve o <i>stent</i>
Balão (o que é e como é utilizado)
Sensações inerentes ao procedimento
Placa de ateroma
Necessidade de internação
Repouso (tempo e condições)
Alta (quando e as recomendações a serem seguidas)
Mudança de hábitos
Medicações
Tipo de dieta a ser seguida
Exercícios físicos
Dúvidas

Quadro 4 – Categorias, conforme conteúdo observado, das orientações de enfermagem sobre o procedimento de angioplastia coronariana transluminal percutânea

Pode-se perceber que entre as categorias listadas como necessárias a uma orientação completa quanto ao procedimento (Quadro3) não foram contempladas em todas as orientações (Quadro 4), conforme comparação direta de seus conteúdos, o que pode acarretar em prejuízo para o cliente e seu acompanhante, em casos onde ocorra a situação negligenciada durante as orientações.

A comunicação foi descrita por Silva (1991); como um processo social básico e importante em todos os setores da vida humana, da relação mais simples à mais complexa. Sendo o ser humano dependente desse processo por não ter condições para viver em isolamento social completo.

E Carpenito et al. (1997) atribui tal relevância a esse processo, quando afirma:

“... Após a sobrevivência, esta se torna a mais básica necessidade humana, proporcionando a sensação de segurança ao indivíduo. Sendo a fala, a forma fundamental de expressão dos seres humanos para manifestarem suas necessidades, desejos e sentimentos”.

Stuart e Laraia (2002) apontam a comunicação como um processo dinâmico que sofre a influência direta das condições psicológicas e fisiológicas dos participantes e é formado por cinco componentes funcionais, sendo eles: emissor (que gera a mensagem), mensagem (informação transmitida emissor-receptor), receptor (quem recebe a mensagem e tem seu comportamento influenciado por ela), retorno (resposta do receptor ao emissor) e contexto (local onde ocorre a comunicação).

As crenças e hábitos de vida individuais funcionam como geradoras de ansiedade quando colocadas em contraposição com o conhecimento técnico-científico, oferecido pela equipe de saúde, no que se diz às orientações para uma vida mais saudável (VALLADARES, 1991), fato esse, bem retratado por Rojas (2001) quando coloca que, certamente, existe uma situação de ansiedade em algum vértice da tríade: paciente-equipe assistencial-instituição em decorrência de conflitos internos gerados por preconceitos, diferenças culturais e valorização das ações desempenhadas.

O conteúdo das orientações observadas, quando analisadas e comparadas com o tempo que lhes foi empregue, para a realização, tem-se claro que a duração em minutos não garante a qualidade das informações fornecidas pelo funcionário, visto que houve cliente checando as informações passadas pelo enfermeiro e pelo médico com todos os

funcionários com que entravam em contato (caso 18) e outros apresentaram relato verbal do fato:

“Não gostei da forma com que aquele enfermeiro falou comigo. Estou me sentindo mais nervosa ainda, depois de ter falado com ele” (Caso 03).

“Não me sinto bem orientado, acho que não quero fazer o procedimento!” (Caso 08).

“O maior problema daqui é que se enrola muito para dizer as coisas, e isto não é preciso” (Caso 14).

6.6.1 - Reação dos casos ao orientador

Outro meio para se estabelecer a eficácia das orientações foi, por meio de análise dos dados objetivos encontrados, sendo distribuídos conforme o número de casos orientados por um mesmo funcionário e as reações medidas pelo IDATE–Estado e os valores mensurados para os sinais vitais.

O grupo de funcionários era composto por indivíduos contratados da unidade (4, sendo A, B, C e E) e estagiário de enfermagem presente na unidade (R) que forneceram aos clientes atendidos informações quanto à ACTP.

Observou-se a realização das orientações sobre a ACTP em três casos atendidos pelo **funcionário R**, onde o tempo médio de orientação empregado foi de 27 minutos, sendo que o resultado do IDATE–Estado se manteve baixo para dois sujeitos com a presença de redução do nível de moderado para baixo em um sujeito, acompanhados de

redução do valor da pressão arterial sistólica (PAS) inicial em dois casos (um mantendo na faixa de normalidade e outro saindo da faixa de hipertensão moderada para leve) e um caso com aumento de hipertensão moderada para severa.

Quanto à pressão arterial diastólica (PAd) houve uma redução dentro dos padrões de normalidade, uma manutenção do valor inicial e outro com elevação superior ao limite de 90 mmHg, que acompanhou a elevação sistólica.

Em contrapartida, os valores da frequência cardíaca e respiratória mostraram aumento de seus valores, sendo que apenas um caso continuou se preservando dentro de valores considerados de taquipnéia.

Os demais casos foram orientados por funcionários contratados da unidade. Primeiramente, aponta-se um tempo médio de orientação de 23 minutos, consideravelmente próximo da faixa presente no grupo anterior, porém seu tempo mínimo foi de cinco minutos para o enfermeiro C, dez minutos para o enfermeiro A (única orientação) e quinze minutos para o enfermeiro B. E contando o tempo máximo para B foi de trinta e cinco minutos, enquanto que para C foi de cinquenta minutos.

O caso orientados pelo **funcionário A** apresentaram estabilidade no IDATE—Estado, que se preservou baixo, com aumento da PAS em oito milímetros de mercúrio, chegando ao limite de normalidade máximo (140 mmHg) pela SBC e a PAd teve redução de dois milímetros de mercúrio. Observando o comportamento das frequências cardíaca e respiratória, ambas apresentaram aumento, sendo que mesmo com uso de betabloqueador o indivíduo apresentou taquicardia leve.

As orientações em cinco dos vinte casos foram realizadas pelo **funcionário B** e os resultados observados foram de: relacionado ao IDATE-Estado (admissão), houve redução de categoria de moderado para baixo em um caso, elevação do nível de ansiedade de um caso da faixa moderada para a elevada e manutenção dos níveis em moderado para outros três casos.

Quanto às alterações visualizadas na PAS, foram de quatro casos com redução, sendo um da faixa de hipertensão moderada para leve, um da elevada para moderada, um de normal para baixa, e um com redução de valores sem alteração de faixa (moderada), com um caso que se manteve com os mesmos valores, em hipertensão leve. A PAd apresentou reduções, sendo que em dois sujeitos ainda se preservou acima de 90 mmHg, dois foram para dentro da faixa de normalidade e um único caso esteve com aumento do valor diastólico para seu limite superior da normalidade.

Para as frequências cardíacas correspondentes, houve a identificação de um caso com taquicardia, mesmo com uso de medicação simpaticolítica (betabloqueador), quatro se mantiveram na faixa de normalidade, sendo dois com aumento médio de seis batimentos por minuto e dois com redução de doze batimentos por minuto.

A frequência respiratória apresentou aumento de quatro inspirações por minuto em quatro casos, sendo que um desses chegou à taquipnéia (mesmo cliente que teve alteração da frequência cardíaca) e apenas um cliente teve redução de seus valores, mantendo-se na faixa de normalidade.

Quanto às orientações realizadas pelo **funcionário C**, num total de dez casos observou-se uma certa constância entre os valores do IDATE-Estado em seis casos, sendo: três na categoria baixo, dois na categoria elevado e um na categoria moderado,

reduziu em um caso de moderado para baixo a sua categoria e aumentou em dois casos de baixo para moderado e um de moderado para elevado.

Os valores da PAS aumentaram em média dezessete milímetros de mercúrio, sendo que em três clientes manteve-se dentro da normalidade, dois se mantiveram em nível de hipertensão leve, um evoluiu para hipertensão leve, e outro caso passou a pertencer à classe de hipertensão moderada (acréscimo de 34 mmHg entre as aferições). A redução desses valores pressóricos ficaram em 14 mmHg, em média, sendo dois casos dentro da faixa de hipertensão leve e um entrando na faixa de normalidade.

A PAd manteve padrão de aumento em sete casos, sendo que cinco permanecem na faixa de normalidade, um saiu da normalidade para hipertensão leve e outro se conservou dentro da faixa de hipertensão leve, com oscilação média de oito milímetros de mercúrio. Em apenas um caso houve a preservação do valor inicial em 90 mmHg e em outros dois casos houve a redução dos valores, sendo que para os dois não houve modificação na classificação como normalidade de hipertensão leve

Os valores de frequência cardíaca tiveram comportamento único, sendo que nenhum deles excedeu a faixa de normalidade para mais ou para menos, mas houve oscilações internas de seis batimentos por minuto, em média, para mais e de quatro batimentos por minuto aqueles que tiveram a sua frequência cardíaca reduzida. Quanto à frequência respiratória, vê-se apenas um caso em constância dentro dos valores estabelecidos como normalidade e os demais apresentaram evolução média de seis inspirações por minuto, sendo que de nove indivíduos, quatro iniciaram padrão de taquipnéia.

O caso orientado pelo **funcionário E** teve dinâmica interessante, pois recebeu uma das mais completas orientações dadas e o cliente manteve seu IDATE–Estado em moderado, mesmo com redução dos valores pressóricos para o padrão de normalidade, além de reduzir também a frequência cardíaca e respiratória, as preservando-as dentro da faixa de normalidade.

6.6.2 - Variações dos sinais vitais

Contudo, independente da variação dos escores obtidos pelo emprego do IDATE–Estado, que tem uma grande faixa para que se atinja o limite para a variação (cada categoria compreende 14 pontos), percebe-se que os valores dos sinais vitais estiveram em modificação, e muitos deles para valores acima do desejado, principalmente quando se trata de pessoas que estão em uso contínuo de anti-hipertensivos e de, em sua grande maioria, betabloqueadores.

Ainda considerando apenas os casos que fazem uso contínuo das duas medicações, vê-se que o controle dos valores pressóricos deveria estar mais próximo dos limites estabelecidos para a normalidade. Afinal, Nobre (1994) apresenta os betabloqueadores como drogas simpaticolíticas de ação periférica que devem promover a diminuição da pressão arterial ao reduzirem o efluxo simpático destinado à musculatura lisa dos vasos e ao coração e ainda são indicados por reduzirem os sintomas de ansiedade aguda.

Quando se focaliza especificamente no comportamento da pressão arterial sistólica, recorda-se que, para inclusão dentro da faixa de normalidade, segundo as IV diretrizes da SBC, é necessário valor igual ou maior que 140 mmHg. O comportamento observado no grupo em estudo foi de que, na primeira aferição, 12 casos apresentavam valores superiores ao preconizado, com regressão do quadro para 11 casos depois das orientações de enfermagem. Já faltando dez minutos para que o cliente entrasse em sala para realizar o procedimento programado, houve acréscimo de quatro casos para o grupo com valores da PAS acima da normalidade, sendo que desses três apresentaram essa alteração em medida isolada (último momento da coleta de dados).

Dos sujeitos com duas mensurações acima do padrão houve quatro casos, com diminuição dos valores observados na PAS do primeiro momento para o segundo

momento entre dez casos, sendo que sete desses apresentaram valores elevados já na primeira mensuração. Olhando para os sujeitos com valores abaixo e/ou dentro do padrão estabelecido para a faixa de normalidade (de 120 a 139 mmHg) na primeira aferição (7 casos) sua evolução natural, no tempo de espera, foi de aumento dos valores em quatro casos contra redução em três casos.

Em análise do comportamento obtido da segunda etapa de coleta de dados para a terceira etapa, temos progressão dos valores em quinze casos, sendo três dentro da faixa de normalidade e apenas dois indivíduos, da amostra como um todo, tiveram redução desse valor e apenas um cliente apresentou a PAS controlada adequadamente em todo o período, cabendo aqui reforçar a informação de que todos na amostra faziam uso de medicação anti-hipertensiva e quinze faziam uso associado de betabloqueadores.

O comportamento visto para a pressão arterial diastólica (PAD) foi analisado considerando como valor limite de normalidade ser menor que (segundo a IV diretrizes da SBC) 90 mmHg, assim, obteve-se, em três casos, valores iguais ao limite e três excedendo a este. A evolução, para a segunda aferição, mostrou cinco casos acima do limite estabelecido e três casos na faixa de 90 mmHg, o que leva a concluir que a orientação fornecida no setor desencadeou aumento da carga pressórica diastólica, que se contrapôs à redução observada para os níveis sistólicos (pergunta-se: seria por aumento da estimulação simpática ou por maior dificuldade observada nas medicações anti-hipertensivas para o controle dos valores diastólicos?).

Na terceira etapa da coleta de dados, observa-se aumento nos valores diastólicos de oito casos, sendo desses a única aferição que excede os limites estabelecidos para quatro casos, sendo que em seis casos apresentou-se a redução dos valores, porém, apenas um caso conseguiu ter uma redução que o colocasse dentro da faixa de normalidade.

Em análise geral do comportamento das PAd, tem-se em quatro casos a presença de única aferição superior ao limite de normalidade, cinco casos apresentaram valores superiores ao padrão em duas medidas e apenas um caso teve esses valores maiores que 90 mmHg nas três aferições realizadas.

As diferenças entre pressão arterial sistólica e diastólica, como figuras distintas de expressão numérica equivalente, que compõe a pressão sanguínea arterial (tratada de forma viciosa) como entidade clínica isolada e auto-expressiva, sendo a pressão sistólica como vinculada ao débito cardíaco e influenciada pelo processo de envelhecimento arterial (o vaso perde a elasticidade, tornando-se rígido) que nos extremos apresenta dilatações e ectasias. Já a pressão diastólica relaciona-se com as arteríolas, responsáveis pela resistência sistêmica. E, dessa forma, ambas contribuem para a elevação da pressão arterial à medida que envelhecem e perdem sua função original. Na diastólica, a elevação está sempre presente, elevando-se cada vez mais à medida que as arteríolas adoecem, a sistólica inicialmente é elevada pela perda natural da elasticidade e tende a evoluir as cifras quando o envelhecimento arterial atinge graus extremos, provocando dilatação e ectasia, devolvendo os níveis tensionais a valores normais (Nogueira, 2001).

Os valores encontrados para as pressões arteriais sistólica e diastólica fizeram surgir muitas dúvidas no pesquisador quanto à efetividade do tratamento prescrito, pois os níveis pressóricos devem ser controlados pela medicação e modificação do estilo de vida, sendo de suma importância que o tratamento proposto controle esses níveis, principalmente em momentos que haja presença de forte componente emocional/psicológico.

As medicações betabloqueadoras de ação simpaticolítica faziam parte da terapêutica clínica em catorze indivíduos, porém, observou-se melhor controle exercido

frente à frequência cardíaca que, para sua principal indicação, para o controle dos níveis pressóricos.

Dos casos analisados, oito apresentaram elevação dos valores sistólicos e diastólicos no terceiro momento da coleta de dados, cinco casos com aumento dos valores sistólicos isolados (quatro nos três momentos e um na terceira etapa), três casos apresentaram elevação do valor diastólico nos dois últimos momentos e para os valores diastólicos isso ocorreu em dois casos e um caso isolado apresentou alteração para mais nos valores diastólicos nas três etapas da coleta de dados.

Além do uso de betabloqueadores, sabe-se que toda a amostra estudada fazia uso regular de medicação anti-hipertensiva, em associação, o que faz maior a preocupação com o controle dos níveis pressóricos em momentos de estresse emocional ou ansiedade. E que, mesmo havendo um caso que não havia tomado a medicação no horário habitual, seus níveis pressóricos estavam dentro do padrão esperado para a normalidade, enquanto que um caso, em uso regular da medicação, teve de receber dose complementar de 50 mg de Captopril, mais um ansiolítico, que não apresentou o efeito desejado, mantendo os valores pressóricos em cifras correspondentes à hipertensão severa, com PAS maior que 180 mmHg e PAd maior que 100 mmHg.

6.6.3 - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos

O grupo estudado caracteriza-se pelo predomínio do sexo masculino, numa proporção, para os atendimentos ambulatoriais, de 2,3:1, sendo que para a população em estudo ($n = 20$) teremos catorze de homens e seis mulheres, 50% apresentam idade superior a 60 anos, destes três eram mulheres e sete homens; conforme Tabela 1 (página 158).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso todo indivíduo que, em nações industrializadas, tenha 65 anos de idade ou mais, sendo que para países em desenvolvimento (como no Brasil) esse limite é reduzido para os 60 anos de idade, o que se caracteriza pela menor capacidade de adaptação aos processos metabólicos e às influências do ambiente, o que depende de inúmeros fatores (CHAVES JR., 2001).

Sabendo que metade dos sujeitos em estudo são classificados como idosos, fez-se pertinente conhecer as conseqüências do envelhecimento para o sistema cardíaco, que em todos os casos tem algum grau de comprometimento.

Assim, o avanço da idade, sobre o aparelho cardíaco, desencadeia a presença, em cerca de 50% dos indivíduos, de valores da pressão arterial acima de 140 mm Hg, principalmente sistólica (hipertensão essencial), que tem forte correlação com eventos cardiovasculares (SERRO-AZUL; SAVIOLI NETO; WAJNGARTEN, 1994).

Os mesmos autores descrevem que para a doença coronária há prevalência elevada, sendo uma das principais causas de óbito ou incapacidade física entre os idosos, principalmente pelo difícil diagnóstico. Havendo relato de manifestação dolorosa em atividades habituais para 20% dos casos e em 53% durante exercícios físicos. O diagnóstico IAM, também, é de difícil definição pela habitual ausência ou atipia dos sinais e sintomas, freqüente encontro de zona elétrica inativa em eletrocardiogramas, sem

história pregressa e sugestiva do IAM, produzindo mortalidade elevada entre idosos, em função (principalmente) de falência cardíaca.

E finalizam relatando que dentro do grupo de patologias cardíacas mais incidentes entre os idosos está a insuficiência cardíaca, estágio final e mais freqüente, tendo como causas-base a hipertensão arterial e a doença arterial coronariana (DAC). E quanto à hipercolesterolemia, autores sugerem que o número de óbitos atribuídos à DAC, por consequência direta, é maior entre os idosos.

Corroborados por Giannini et al. (1994) inúmeros levantamentos epidemiológicos apresentam a elevada incidência de DAC em indivíduos com idade superior a 65 anos, e sendo a principal causa de morbimortalidade após a sexta década de vida, sendo que em alguns países correspondem a 80% dos eventos cardiovasculares em ambos os sexos.

Assim, depois das descrições epidemiológicas apresentadas, vê-se que o fator idade interfere diretamente sobre a condição do organismo humano como um todo, sendo responsável, em associação com outros fatores de risco não modificáveis (sexo, hereditariedade e etnia) pela presença não só de doença arterial coronariana, como de seus agravantes: HAS, DM, IAM, entre outras, que levam à ocorrência de isquemia cardíaca e conseqüente submissão à ACTP.

O **estado civil** dos indivíduos foi dividido em cinco classes, de acordo com o sexo, apresentada a distribuição dessas freqüências, conforme Figura 6:

Figura 6 – Gráfico de distribuição dos sujeitos (n = 20) submetidos a angioplastia coronária, segundo sexo e estado civil. RIBEIRÃO PRETO 2003-2004

A maioria dos sujeitos era casada, desses, dez eram homens e quatro mulheres, sendo que em situação de união estável têm-se dois homens, o que, se for agrupado como estilo de vida solitário ou em convívio com outra pessoa, a maioria dos casos, doze homens e quatro mulheres, vivem como casais, sendo que entre pessoas de estado civil que implica em vida solitária há dois homens e duas mulheres, dos quais um de cada teve vida a dois anteriormente.

Acredita-se que o fato de haver uma relação estável produz no ser humano uma carga extra de deveres para com a sociedade e com o outro, o que implica em manutenção da fonte de renda, compromisso e vínculo de dependência com cônjuge e filhos. Diretamente relacionado a esses fatos está a condição de saúde para que se prossiga o existir sem turbulências. A doença impede que se execute as tarefas de forma costumeira e implica em modificação das relações e hábitos.

Entre as **profissões**, conforme regime de trabalho, tem-se as ditas autônomas apresentando um total de oito indivíduos que exercem atividades remuneradas regidas por leis próprias ao indivíduo (FERREIRA, 1981). Mas, se considerarmos os dados em frequência bruta, temos a categoria de aposentados como a de maior predomínio, sendo

seis indivíduos (cinco homens e uma mulher), onde a faixa etária média desse subgrupo é de 68 anos e sua escolaridade varia de analfabetos até o ensino fundamental completo, sendo uma frequência de 2 analfabetos, 3 ensino fundamental incompleto e 01 com ensino fundamental completo.

As ocupações/profissões listadas na próxima tabela, tiveram como base para seu estabelecimento o relato do cliente quanto às suas atividades diárias e a consulta à Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) presente em Brasil, MTE; 2004 e em Brasil, MS; 2003.

A CBO 2002 é dividida em dez grandes grupos, os quais serão empregues para a distribuição dos sujeitos estudados, conforme inclusão de sua ocupação/atividade profissional em exercício nos mesmos, sendo os grandes grupos denominados por siglas, conforme se segue.

G0 - Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares

G1 - Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes

G2 - Profissionais das ciências e das artes

G3 - Técnicos de nível médio

G4 - Trabalhadores de serviços administrativos

G5 - Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados

G6 - Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e da pesca

G7 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais

G8 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (específico para processos industriais contínuos)

G9 – Trabalhadores de manutenção e reparação

E a tabela a seguir apresenta sua distribuição, conforme a categoria de ocupação dos sujeitos.

Tabela 5 – Distribuição dos sujeitos estudados (n = 20) de acordo com os grandes grupos ocupacionais da Classificação Brasileira de Ocupações (2002) e o sexo. RIBEIRÃO PRETO, 2003-2004

Grandes Grupos Ocupacionais	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
G1	----	01	01
G2	01	----	01
G5	06	03	09
G6	05	02	07
G7	01	----	01
G8	01	----	01
Total:	14	06	20

A maior concentração de casos esteve no grande grupo ocupacional relacionado ao G5 - Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados que envolvem as profissões de vendedores, prestadores de serviço (domésticas), auxiliares de serviços gerais, cozinheiro e garçom.

O **grau de escolaridade** apresentado por esta amostra (n = 20) pode ser dividido em quatro categorias amplas, sendo elas definidas conforme Tabela – 6.

Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos estudados (n = 20), de acordo com a escolaridade e o sexo. RIBEIRÃO PRETO, 2003-2004

Escolaridade:	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Analfabetos	01	01	02
Ensino fundamental incompleto	10	04	14
Ensino fundamental completo	02	00	02
Ensino superior completo	01	01	02
Total	14	06	20

O mesmo total pode ser alcançado se somarmos os indivíduos com ensino fundamental completo e incompleto, de 16 indivíduos, sendo que a maior concentração

desses valores se encontra no quarto ano de estudo do ensino fundamental. O que já permite às pessoas a capacidade de leitura e escrita, realização de exercícios matemáticos simples, e compreensão de textos de informação e esclarecimento em linguagem de menor teor de formalidade.

Ao se analisar a distribuição da escolaridade em relação ao sexo encontrou-se que há tendência de maior nível de escolaridade entre os sujeitos do sexo masculino (oito casos) com mais de quatro anos de estudo. O que descreve as desigualdades de oportunidades presentes na diferenciação por gênero, existente há pelo menos quarenta anos.

O contexto em que os indivíduos foram inseridos reflete-se agora, quando vemos mulheres com baixa escolaridade que se criaram para o desenvolvimento de atividades menos elaboradas quanto menor a renda familiar da época, fato comprovado pela existência de único caso de pessoa do sexo feminino com escolaridade em nível superior completo e como profissão está categorizada como autônoma.

Ao se realizar uma leitura paralela quanto à condição imposta ao sexo feminino na sociedade tradicionalista e conservadora, temos a descrição de um caso com analfabetismo, situação civil de divorciada e idade de 75 anos, o que, se for considerado para o contexto da época que viveu seus anos produtivos, vê-se uma sociedade de início na era do capitalismo, ou seja, ainda muito tradicionalista, preservando e preconizando o papel da mulher como mãe e esposa, tendo por obrigações o zelar pelo lar e educar os filhos dentro de preceitos machistas e conservadores.

A distribuição referente à **naturalidade e procedência** será realizada conforme o estado a que o indivíduo se vincula, segundo a cidade em que é nascido e aquela que habita atualmente.

Na maioria dos sujeitos estudados (14 indivíduos), a naturalidade registrada era do Estado de São Paulo, seguida por três indivíduos nascidos no Estado de Minas Gerais, uma pessoa nascida no Estado de Ceará e outra na Bahia. Destaca-se a presença de um sujeito que relatou ser nascido na Itália.

Refinou-se a categorização, quanto à localização do Estado de nascimento, para os estados com mais de uma ocorrência, pode-se observar a maior concentração de pessoas naturais do nordeste do Estado de São Paulo (região de Ribeirão Preto), duas pessoas naturais da região centro-leste do Estado, e uma pessoa da região leste, uma da região norte e uma paulistana; os demais são nascidos na região sudoeste (dois) e sul (um) de Minas Gerais.

Em relação à procedência, constatou-se que a maioria ($n = 16$) era procedente do Estado de São Paulo (quinze da região de Ribeirão Preto – nordeste do estado; e um da região centro-leste) e os demais procedentes do Estado de Minas Gerais (dois da região sudoeste e um da região sul do Estado).

De acordo com o descrito para o item procedência, verifica-se que houve respeito dos princípios do SUS para realização de encaminhamento para o centro especializado mais próximo, conforme as regiões de referência.

Ao observar os dados obtidos quanto ao **índice de massa corporal (IMC)**, ou também conhecido por índice de Quetlet, resultado da divisão do peso em quilos pela altura elevada ao quadrado de cada indivíduo (kg/m^2), que foram classificados conforme a categorização apresentada por International Lipid Information Bureau (1994), conforme o resultado obtido, em: subnutrido (menor que 19 Kg/m^2), normalidade (de 19 a 25 Kg/m^2), sobrepeso (de 25,1 a 30 Kg/m^2), obesidade leve ou grau um (de 30,1 a 35 Kg/m^2) e

obesidade moderada ou grau dois (de 35,1 a 40 Kg/m²) e obesidade mórbida ou grau três (maior ou igual a 40,1 Kg/m²).

A distribuição da amostra, segundo os critérios definidos para o IMC, tem-se, dentro do padrão de normalidade, cinco indivíduos sendo que um homem é sabidamente diabético, seis indivíduos dentro de sobrepeso com dois homens e uma mulher diabéticos, outros seis sujeitos são categorizados como obesos leve, tendo um indivíduo do sexo masculino e dois do sexo feminino diabéticos, entre os categorizados como obesidade moderada há mais três pessoas, sendo que uma mulher é diabética.

Conforme relatado nas III Diretrizes para dislipidemia da SBC (2001), a presença de IMC superior a 25 Kg/m², que se categoriza por sobrepeso, está presente em 32% da população brasileira, com maior incidência entre o sexo feminino, conforme apresentado pelo Ministério da Saúde (MS) e a obesidade se fez presente em 8% da população brasileira.

As conseqüências para o aumento de peso são apresentadas por Luna e Couto (1996), quando demonstram que há proporcionalidade entre o aumento em quilos e a elevação do colesterol sérico, do nível de glicemia e de ácido úrico, sendo que, para cada 4,5 Kg, de peso, acima do ideal há aumento de 4,2 mmHg na pressão arterial sistólica. E destaca-se que mais de um terço da população brasileira apresenta sobrepeso, o que se relaciona diretamente com a prevalência de hipertensão arterial.

Entretanto, a melhora do nível socioeconômico de uma população pode ser indicada através do aumento da taxa de peso, de altura e de obesidade abdominal. O que favorece o desenvolvimento de patologias crônicas, cada vez maiores em número, à medida que avança a faixa etária (SOUSA; PIEGAS; SOUSA, 2000).

Relacionando **sexo e hábitos como tabagismo e etilismo**, tem-se a distribuição dos dados feita considerando-se os malefícios produzidos no organismo, mesmo que o indivíduo tenha abandonado-o, conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos sujeitos estudados (n = 20) segundo a presença de etilismo e tabagismo, por sexo e faixa etária. RIBEIRÃO PRETO, 2003-2004

Tabagismo	Etilismo	Gênero	Faixa etária					Total
			40 a 50 anos	51 a 60 anos	61 a 70 anos	71 a 80 anos	Mais de 80 anos	
Ausente	Ausente	Masc	1	1	0	0	0	2
		Fem	1	1	0	0	0	2
		Total	2	2	0	0	0	4
	Presente	Masc	0	0	1	0	0	1
		Fem	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	1	0	0	1
	Ex-adepto	Masc	0	1	0	0	0	1
		Fem	0	0	0	0	0	0
		Total	0	1	0	0	0	1
Presente	Ausente	Masc	1	0	0	0	0	1
		Fem	1	1	0	0	0	2
		Total	2	1	0	0	0	3
	Presente	Masc	2	0	0	0	1	3
		Fem	0	0	0	0	0	0
		Total	2	0	0	0	1	3
	Ex-adepto	Masc	0	0	0	0	0	0
		Fem	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0	0	0
Ex-adepto	Ausente	Masc	1	0	1	0	0	2
		Fem	0	0	0	2	0	2
		Total	1	0	1	2	0	4
	Presente	Masc	0	0	0	0	0	0
		Fem	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0	0	0
	Ex-adepto	Masc	0	0	3	1	0	4
		Fem	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	3	1	0	4

O hábito do tabagismo estava presente em seis indivíduos, dentre os quais há quatro homens e duas mulheres; para os indivíduos que abandonaram o hábito há seis homens e duas mulheres e o restante dos sujeitos negaram o hábito de tabagismo atual ou anterior.

Acrescentam ainda que o consumo de cigarros varia de acordo com sexo e classificação de desenvolvimento dos países, onde há tendência de aumento para países em desenvolvimento que contrasta com a redução prevista para países desenvolvidos.

O número de cigarros consumidos ao dia, bem como o seu tipo não foi empregue na coleta de dados, o que impossibilita a comparação entre os dados coletados e a literatura, mas fica o alerta para o consumo em maior volume por pessoas de países em desenvolvimento.

Para a compreensão da importância desse hábito na condição de saúde dos sujeitos, traz-se dados da literatura para a comprovação de suas consequências frente ao aparelho cardiovascular

Conforme estudo transversal da SOCESP, realizado em 1999, e citado nas III Diretrizes sobre Dislipidemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2001), as taxas de prevalência do tabagismo são de 17% para idades medianas entre trinta e sessenta e dois anos. E segundo Ridker; Genest; Libby (2001), a taxa anual de óbitos atribuídos ao fumo é de 430 mil pessoas, das quais 40% foram por doenças cardiovasculares, sendo estável a prevalência do hábito entre adultos de 25%, sendo que entre esses estão 27% dos homens e 18% das mulheres acima de dezoito anos (GAZIANO; MANSON; RIDKER, 2001).

O tabagismo como responsável pelo aumento dos valores pressóricos e, conseqüentemente, também do risco cardiovascular foi descrito por Kaplan (2001), o que

Ridker; Genest; Libby (2001) classificam como mal silencioso, sendo responsável por desencadear mecanismos de aterotrombose por acelerar a progressão da aterosclerose.

Dados de que a frequência de eventos coronarianos é 52% maior em fumantes do que em não fumantes idosos, e que, entre jovens, o tabagismo influi diretamente na ocorrência de morte prematura por diferentes causas, o que impede os indivíduos de chegar a uma idade mais avançada (GIANNINI et al., 1994).

Quanto ao etilismo, tem-se que o álcool consumido em doses maiores que duas porções ao dia produz estimulação simpática e altera a permeabilidade da membrana celular ao sódio e aumenta a entrada de cálcio, o que interfere diretamente nos níveis pressóricos (KAPLAN, 2001; RIDKER, GENEST; LIBBY, 2001).

A análise realizada e descrita por Sousa; Piegas; Sousa (2000), referente a dados de vários estudos epidemiológicos, apresenta como resultados a definição de que a quantidade de álcool consumida exerce papel importante no desenvolvimento de diversas patologias crônicas, quanto às doenças cardiovasculares estão as miocardiopatias e a doença cerebrovascular hemorrágica, sendo que a redução do número de doses também leva à redução da mortalidade por DAC.

De acordo com os resultados obtidos, encontrou-se quatro etilistas, todos do sexo masculino, entre os ex-adeptos ao alcoolismo encontrou-se cinco casos, dos quais todos são também do sexo masculino.

6.6.4 - Fatores de risco para DAC

Em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento da DAC, verificou-se entre os sujeitos do estudo que todos eram hipertensos, quatro homens e quatro mulheres eram diabéticos, três mulheres e nove homens eram dislipidêmicos e para os 20 casos havia a identificação do estabelecimento da DAC.

A mortalidade pela doença arterial coronariana (DAC) tem aumentado, gradualmente, com o envelhecimento, sendo de ordem crescente os números no sexo feminino; onde entre as mulheres, sua primeira manifestação é a *angina pectoris* e entre homens está o infarto agudo do miocárdio (MARANHÃO et al., 2001).

A realidade vivenciada hoje é de, segundo Loures-Vale e Martinez (2001), que ainda tem-se a DAC como principal causa de morbidade e mortalidade no mundo ocidental e, segundo Reddy; Yussuf (1998), continuará ocupando esse lugar até 2020, sendo que em países em desenvolvimento a incidência de afecções cardiovasculares vem aumentando significativamente, em oposição aos países ditos desenvolvidos. A DAC, em números, está na faixa de 2,7 milhões ao ano para países desenvolvidos e de 3,6 milhões ao ano para países em desenvolvimento.

Bertolami e Faludi (2000) apresentam a ligação direta entre fumo e DAC por razão de modificações na coagulabilidade sangüínea e do perfil lipídico, tornando mais aterosclerótico os fumantes.

As evidências relatadas por Sousa; Piegas; Sousa (2000) mostram-se sólidas quando se relaciona o uso de tabaco ao desenvolvimento de DAC, sendo que cerca de 65 dos óbitos em 1990 foram decorrentes do tabagismo, com 14,9% em áreas desenvolvidas e

3,7% para regiões em desenvolvimento, sendo as projeções para 2020 de uma taxa de mortalidade atribuída ao tabaco de 12,3% no mundo.

Como primeira manifestação clínica da DAC, Introcaso (2001), descreve o sintoma anginoso em 36,8% dos homens e em 65,1% das mulheres, sem diferença de distribuição entre as faixas etárias e tendo o infarto agudo do miocárdio (IAM) ocorrido em 31% dos casos. Sendo que as taxas de mortalidade por DAC declinaram 50% de 1970 a 1994, em consequência do controle de fatores de risco para a aterosclerose, principalmente a hipertensão arterial.

E entre os fatores de risco para a doença arterial coronariana (DAC) estão: a obesidade, que se associa a outros fatores de risco como **hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia**, sendo seus fatores desencadeantes: a herança genética, as condições socioeconômicas e os fatores comportamentais.

Enquanto que Luna e Couto (1996) afirmam que já se conhece há muito tempo à relação entre hipertensão e os desvios do metabolismo lipídico, relatam-se os distúrbios de gordura nos pacientes com hipertensão arterial e resistência à insulina, principalmente se houver obesidade, sendo de consenso geral que a hipertensão arterial e a dislipidemia são elementos etiológicos no desenvolvimento da aterosclerose. E terminam relatando que a obesidade, freqüentemente, precede o diabetes e a hipertensão arterial.

O diagnóstico de **dislipidemia** está presente em doze indivíduos, sendo diagnosticada em três pessoas do sexo feminino e nove pessoas do sexo masculino. A dislipidemia é considerada fator básico para o desenvolvimento da DAC e responsável pelas alterações ateroscleróticas presentes em arteríolas e veias, que favorecem o aparecimento da hipertensão e outras patologias vinculadas ao déficit de irrigação sangüínea.

Complementam, ainda este fato, Gaziano; Manson; Ridker (2001), quando escrevem sobre a hipercolesterolemia como fator de aumento na chance de desenvolvimento da DAC de vinte a trinta por cento a mais.

Recordando afirmações anteriores, sabe-se que a hipertensão arterial acelera o processo de aterogênese nas artérias e arteríolas, e sendo adicionado a esses o fato do indivíduo ser diabético, então temos chances exponenciais de eventos coronarianos isquêmicos.

A hipertensão arterial como fator de risco independente e de grande significância para a DAC é descrito por Sousa; Piegas; Sousa (2000) e Chaves Jr. (2001) como de forte consistência entre as populações, mesmo ao se considerar as variações regionais para a hipertensão.

No trabalho desenvolvido por Chaves Jr. (2001), vê-se no hipertenso obeso um grupo especial, onde se descreve a adiposidade central como importante determinante da hipertensão, pois mecanismos metabólicos hormonais e hemodinâmicos da hipertensão induzida pela obesidade produzem alterações cardíacas e renais.

O mesmo autor segue descrevendo os mecanismos de hipertensão por obesidade como decorrentes de volume total de sangue maior e redistribuído principalmente na área cardiopulmonar, levando ao aumento do retorno venoso e a maior débito cardíaco pela permanência em faixas normais da resistência vascular periférica total, no entanto, quando a hipertensão é associada e não induzida pela obesidade tem-se elevação da resistência periférica.

O acúmulo de células hiperativas lipolíticas, no abdome, com a liberação de grandes quantidades de ácidos graxos livres na veia porta desencadeiam síntese excessiva de triglicérides pelo fígado com inibição da captação de insulina que decorre em

hiperinsulinemia e resistência à insulina. A insulina é responsável pelo aumento na reabsorção de sódio, pelo néfron distal e, assim, conseqüente retenção de água com associação ao aumento da atividade adrenérgica.

Em associação com esse mecanismo, alguns investigadores afirmam que a atividade da renina plasmática não é tão alta na hipertensão por obesidade, mas que se ocorre o hiperaldosteronismo, levando à retenção de água com conseqüente hipervolemia e aumento do débito cardíaco; e que a presença de hipertensão/obesidade induz a hipertrofia do ventrículo esquerdo excêntrica e concêntrica, processo patológico que aumenta o risco de desenvolver insuficiência cardíaca congestiva.

A hipertrofia miocárdica esteve presente em dois casos do sexo feminino, e a ICC em um sujeito do sexo masculino e um do sexo feminino.

Segundo Nobre (1994), a hipertensão arterial é muito mais comum entre os obesos, funcionando como fator adicional para a ocorrência de doença isquêmica do coração, sendo identificada, pelo estudo de Framingham, como o maior fator contribuinte, controlável, para a hipertensão arterial.

No entanto, níveis iguais de pressão podem ter diferentes efeitos cardiovasculares, dependendo dos fatores de risco associados, tais como tabagismo, obesidade, *diabetes mellitus* e a dislipidemia (Chaves Jr, 2001).

Segundo Amodeo (1994) em trabalho apresentado por MacMahon determinou-se que cerca de 5 a 10% dos casos de hipertensão arterial são decorrentes da ingestão superior a duas doses diárias de etanol.

Há mais de meio século foi feita a descrição do relevante papel da hipertensão arterial na determinação da doença cardiovascular com estabelecimento e aceleração da aterosclerose em múltiplos territórios em que se fosse identificado (FEITOSA, 2001).

Dado esse complementado por Chaves Jr. (2001), ao relatar sua relação como indutora direta da encefalopatia e insuficiência renal, ao passo que a aterogênese acelerada por ela é um processo mais complexo e intensamente influenciado por outros fatores de risco coexistentes.

As literaturas apresentadas até o momento reforçam a preocupação existente em se realizar a identificação o mais precoce possível dos hipertensos, para estabelecer o controle dos níveis pressóricos na faixa de normalidade e, conseqüentemente, evitar o maior número possível de complicações.

Desde 1965 já se apresentavam dados estatísticos de que entre os pacientes **diabéticos** havia a prevalência de hipertensão duas vezes maior que o não diabético e se mantém até os dias atuais, conforme apresentado por Luna e Couto (1996), e seu aparecimento (do diabetes) ocorre em geral depois dos 40 anos, junto com a obesidade, sendo sua apresentação com sintomas leves, de difícil diagnóstico, com diagnóstico realizado quando já há alguma complicação.

O diabete é, reconhecidamente, um fator de risco independente para a DAC, com evidências de que níveis glicêmicos moderadamente elevados também aumentam esse risco, no entanto, a ligação exata de insulina, hiperglicemia e aterosclerose ainda não foi totalmente estabelecida (SOUSA; PIEGAS; SOUSA, 2000).

E prosseguem dizendo que 135 milhões de pessoas são diabéticas, hoje, e para 2025 espera-se um número próximo a 300 milhões de indivíduos portadores de diabetes, sendo esse aumento substancialmente maior em países desenvolvidos, pois o aumento ocorre conforme o grau de urbanização presente nos países.

Os dados apresentados pelo III National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) demonstram que 18,5% da população entre 65 e 74 anos diagnostica-se o

diabetes, e que para o Brasil, em estudo multicêntrico, estima-se que 11,58% da população com idade superior a 70 anos é portadora de diabetes, sendo metade do grupo não diagnosticada, sendo a maior causa de morbimortalidade entre idosos (FORTI; MARTINS, 2001).

Noventa por cento dos indivíduos norte-americanos com diagnóstico de diabetes são do tipo dois, sendo que um terço desses não tem ciência da existência da patologia, acrescentando ainda o aumento do risco de ocorrência de doença aterosclerótica, sendo sua maior complicação a DAC, tanto para diabéticos do tipo um como para tipo dois, sendo agravados em ambos os sexos após os quarenta anos de idade (GAZIANO; MANSON; RIDKER, 2001).

No entanto, Giannini et al. (1994), apresentam o diabetes como risco independente para DAC em idosos, mas principalmente para o sexo feminino, fazendo com que o número de ocorrências de eventos coronarianos seja equivalente entre os sexos; além de ter suma importância na avaliação prognóstica dos indivíduos que já têm a DAC, enquanto Nobre (1994) descreve que dois terços dos pacientes **diabéticos** são hipertensos e terminam apresentando algum grau de nefroesclerose e a ocorrência de ambas as situações clínicas redobra a ocorrência de mortalidade cardiovascular.

Em estudo transversal da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP) apresenta-se prevalência de 7,6% de diabéticos para a população, associados a 25% de prevalência de hipertensão, sendo que em estudos transversais na cidade do Rio de Janeiro, em 1990, essa taxa sobe para 30%, conforme apresentado nas III Diretrizes sobre dislipidemias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2001).

Entre os diabéticos, dois terços são hipertensos e acabam desenvolvendo algum grau de nefroesclerose, o que redobra a ocorrência de mortalidade cardiovascular;

adicionando a esses dados o fato de que a principal causa de dislipidemias secundárias seja decorrente do diabetes (FONSECA; NOVAZZI; MARTINEZ, 1994; NOBRE, 1994).

Em seqüência aos fatores de risco para desenvolvimento ou agravamento das patologias cardiovasculares, apresenta-se a distribuição, conforme presença levantada no quesito **diagnóstico clínico**, nos pedidos de angioplastia, com 100% para hipertensão arterial e DAC; quatro indivíduos de cada sexo com diabetes em associação, onze homens e três mulheres com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, angina estável presente em duas mulheres e sete homens, angina instável registrada para duas mulheres e um homem, acidente vascular encefálico em três sujeitos do estudo, sendo um do sexo feminino e dois do sexo masculino, insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca congestiva em uma pessoa de cada sexo, doença pulmonar obstrutiva crônica em três homens e hipertrofia ventricular em duas mulheres.

As relações existentes entre os fatores de risco e o desenvolvimento das patologias cardiovasculares ficam bem ilustradas, quando se analisa o caso como um todo, de um sujeito, presente na amostra, idoso do sexo feminino, em sobrepeso, com hipertensão arterial sistólica em associação com DAC, diabetes, dislipidemia, patologia isquêmica cardíaca, insuficiência cardíaca, miocardiopatia hipertrófica e insuficiência renal crônica.

Observa-se que os fatores relatados como favorecedores do aparecimento ou progressão das patologias cardíacas estão presentes de forma isolada ou em associações em toda a amostra estudada, sendo esses em maior ou menor número.

O número mínimo de diagnósticos clínicos presentes entre os sujeitos em estudo foi de três patologias relacionadas, sendo que entre elas estavam (para todos os casos em estudo) DAC e HAS, a terceira patologia presente se enquadra dentro do grupo de

patologias isquêmicas (IAM, Angina estável ou instável e acidente vascular encefálico isquêmico - AVCi, ou acidente transitório isquêmico - AIT).

O IAM esteve presente em catorze casos, sendo três mulheres e onze homens. Desses, havia em conjunto a presença de angina pectoris para seis homens e duas mulheres. Um dos fatores contribuintes para o evento isquêmico (a dislipidemia - DLP) esteve diagnosticado em nove sujeitos do sexo masculino para três do sexo feminino.

Autores como Fonseca; Novazzi; Martinez (1994) relacionam as causas da DAC e sua importância clínica para a saúde dos indivíduos ao considerá-la, atualmente, como uma das principais causas de morte em países industrializados.

E, através de vários estudos pôde-se concluir que se tratava de moléstia multifatorial, onde a hipertensão, o diabetes, a dislipidemia, a obesidade o tabagismo e o sedentarismo estão diretamente relacionados à maior chance de desenvolver DAC obstrutiva (III Diretrizes sobre dislipidemia) (SOCESP, 2001).

A última variável para estabelecimento das características da amostra estudada são os **antecedentes familiares**, que podem ser categorizados em quatro grupos distintos, sendo eles: desconhece (presente em dois casos), nega a existência de antecedentes (em cinco casos), maternos e paternos.

Na categoria de antecedentes maternos foi relatada a existência de seis patologias, sendo uma delas sem caráter hereditário de transmissão (doença de Chagas) que esteve presente em três relatos. As patologias que possuem caráter de hereditariedade serão apresentadas de acordo com a frequência: HA (oito relatos), DM (cinco relatos), IAM (três relatos), ICC (um caso) e DAC (um caso).

Ao se considerar os antecedentes paternos há uma variedade menor de patologias, que foram declaradas como antecedentes familiares sem que haja caráter de transmissão

genética (doença de Chagas) em um relato. Na maioria dos relatos tem-se HA e AVE, cada uma com três relatos, e as demais apenas com um relato para DAC, trombose periférica e DM.

Um fator importante a ser considerado quando se analisam os antecedentes familiares é que, para uma amostra com média etária de cinquenta e nove anos, provavelmente, o conhecimento das patologias que, acometiam a seus ascendentes diretos não fosse apresentada de forma clara pelos mesmos, sabendo que o nível de escolaridade médio para esta população era de três anos de estudo, muitas vezes em escolas de emergência.

Se estabelecer um paralelo entre as patologias desenvolvidas e os antecedentes pessoais relatados, em cada caso, tem-se que em onze casos os antecedentes maternos se encontravam entre os diagnósticos médicos, sendo em sua grande maioria relacionado a presença de HA (nove casos), seguido por DM (quatro) e IAM (três casos); quando comparados com quatro relatos de antecedentes paternos que se relacionam diretamente com patologias vasculares e com a hipertensão.

6.6.5 - Caracterização do ambiente

Quanto ao ambiente, considerando como um dos fatores geradores de ansiedade no cliente, após observação rigorosa são feitas as seguintes inferências, abaixo relatadas.

1) Recepção – ambiente apertado, onde o cliente tem de ficar em fila, de pé, esperando que chegue o momento em que deverá proceder à entrega do pedido do procedimento, juntamente com todos os demais clientes agendados para todos os exames realizados no setor naquele dia.

Nesse local, tem-se a presença de duas recepcionistas que, ao serem abordadas por clientes com dúvidas pertinentes ao seu trabalho, respondem com precisão e caso haja dúvidas a respeito do exame esclarecem que não sabem dar a informação, sendo necessário que perguntem ao profissional que vier buscá-los para a realização do exame agendado.

2) Sala de espera – apesar de possuir várias cadeiras, nem todos os clientes conseguem se sentar, o local é quente e abafado, mesmo havendo janelas ao longo de sua extensão. A passagem de mensageiros (pessoas que fazem o transporte de pessoas ou materiais dentro da instituição) com suas respectivas encomendas, pelo corredor externo, que faz parte da sala de espera, quando levam carros de metal carregados de material coletado produzem grande barulho no local e provocam vários comentários entre os clientes.

As cadeiras de plástico dispostas na sala e corredor externo (funciona como prolongamento da sala de espera) além de quentes, não são confortáveis para um tempo de espera maior que duas horas, provocando incômodo e favorecendo a irritação do cliente.

O espaço entre uma fila de cadeiras e a anterior ou posterior, quando devidamente ocupadas não permite que haja circulação de pessoal, à medida que vão sendo chamadas

as pessoas sentadas em posições mais centrais na sala, há o movimentar de vários outros clientes para que se consiga sair do acento e chegar até à porta de acesso ao corredor interno, sendo que nem sempre o funcionário espera por todos os clientes chamados. Ressaltando que quanto maior for a circunferência abdominal do cliente pior a sua locomoção entre as cadeiras e os clientes sentados.

Não há nenhum tipo de distração presente na sala em questão (televisão, revistas, gibis, quadros, gravuras, mapas ou outros) o que determina ao grupo o desenvolvimento de relações superficiais entre si e em sua grande maioria estabelecidas sobre a condição de saúde ou doença dos próprios ou de pessoas conhecidas que apresentam o mesmo tipo de patologia e suas evoluções.

Em associação com esse fato tem-se a concentração de pessoas com problemas cardíacos diversos ou que estão na expectativa do diagnóstico de alguma patologia cardíaca concomitante com outras já identificadas, que tendem a relacionar-se utilizando como ponto inicial à patologia ou o próprio órgão (o coração), o que pode aumentar a ansiedade do indivíduo que aguarda por um diagnóstico definitivo ou para a pessoa que aguarda por um procedimento invasivo, fortalecendo as significâncias atribuídas ao coração e favorecendo o desenvolvimento de expectativas, em decorrência dos relatos apresentados por terceiros.

O som produzido pelos vários assuntos abordados de forma concomitante entre os clientes dispostos na sala tem volume alto, que muitas vezes atrapalha a identificação do nome da pessoa chamada para a área interna do setor, sem considerar as perdas auditivas naturais da senilidade. Alguns incidentes podem ocorrer na área por falta de habilidade na condução de cadeiras de rodas no espaço limitado, ou por déficit visual e/ou locomotor dos clientes que têm de circular nas condições descritas.

3) Corredor interno – corredor longo, mas com muitos objetos dispostos por todo seu percurso (armários, macas, camas cirúrgicas), o que, além de dificultar o trânsito de funcionários, clientes capazes de deambular e clientes que necessitam de transporte por meio de cadeiras de roda ou macas, produzem um ambiente pouco acolhedor e muito poluído visualmente.

Os painéis dispostos por todo o percurso do corredor, à direita de quem se dirige até o banheiro, mostram-se carregados, com diversos tipos de informes, programas de estudo dos diferentes temas abordados durante a especialização em cardiologia, modalidade residência médica, ECG para discussão e análise entre os residentes, comunicados internos e convites às festas de confraternização e casamentos de funcionários ou residentes.

Pouco mais adiante tem-se várias cópias de trabalhos publicados em periódicos nacionais e internacionais, fechados no painel e de linguagem não acessível ao perfil dos clientes atendidos no setor. No próximo painel tem-se a divulgação de diversos eventos voltados para a especialidade de cardiologia, com figuras de cidades turísticas do país ou gravuras de cortes anatômicos de corações patológicos ou desenhos representativos de anomalias congênitas.

No último dos painéis, como já descrito, estão pôsteres de trabalhos apresentados em eventos científicos que, além de não conter uma apresentação escrita em linguagem próxima dos clientes, muitos estão na língua inglesa, tornando ainda mais complicado o entendimento de gráficos e ilustrações técnicas.

Ao colocar-se no lugar do cliente que é obrigado a circular por esse meio, somos capazes de compreender-se a aflição gerada pela incapacidade de se reconhecer pertinente

e pertencente ao meio, além de sentir-se prisioneiro de sua ignorância e coagido a permanecer em seu universo de menor conhecimento técnico e científico.

4) Consultório – apesar de ter os móveis dispostos de forma a dificultar a locomoção dentro da sala, o ambiente é mais amplo e proporcionalmente arejado. A presença de armários e *freezer* com material pertencente a diversos protocolos de investigação terapêutica acarreta interrupções na consulta que ali estiver sendo realizada, o que está associado diretamente à permanência do cliente sentado no rumo da porta de acesso ao interior da sala, interferindo no conduzir do atendimento.

A parede que contém os vitrôs para a ventilação do ambiente fica voltada para o corredor externo do setor, exatamente no rumo das cadeiras distribuídas para acomodação das pessoas que aguardam por seus exames, o que interfere diretamente na capacidade de atenção e escuta do cliente dentro da sala, bem como prejudica o desenrolar da coleta de informações pela desconfiança de estar sendo ouvido pelas pessoas que se encontram do lado de fora.

Em alguns momentos, fez-se necessário a busca ativa por cadeiras para a acomodação do cliente e seu acompanhante no interior do consultório, sendo que em algumas oportunidades não foi possível obter duas cadeiras, tendo que solicitar ao acompanhante que se sentasse na maca e, em algumas vezes, o mesmo se dispunha, espontaneamente, a sentar-se na escadinha.

Devido a esse ambiente ser privativo, pode-se perceber que as pessoas conseguiam, mesmo com os fatores de interferência apresentados, se sentirem mais à vontade para expressar seus sentimentos frente ao procedimento e à situação de doença que estavam enfrentando.

5) Sala pós-exame – local de locomoção complicada, dependendo de onde fosse se sentar ou deitar, geralmente permanecia cheio, pois eram levados para lá os clientes agendados para realização de cateterismo cardíaco e feitas as orientações sobre o procedimento, em grupo; às 7h30min.

Dentro da sala permaneciam as pessoas que tinham diabetes ou tinham recomendação, pelo pedido, que se realizasse hidratação antes do procedimento, pois nesses clientes eram instaladas venóclise e soroterapia. À medida que os procedimentos eram realizados, os clientes retornavam para a sala onde permaneciam duas horas de repouso, sem dobrar o braço por onde se realizou o procedimento e, em alguns casos, eram colocados na maca em decorrência de lipotimias, reações alérgicas ao contraste ou por execução do procedimento por via femoral esquerda.

Baseado no exposto, e sabendo que, por dia, eram agendados cerca de cinco cateterismos cardíacos e uma angioplastia coronariana, realizada somente depois de todos os cateterismos, era esperado que, próximo das 10h, já existissem, ao menos, três pessoas em situação de pós-exame, que junto de outras em soroterapia e seus respectivos acompanhantes, mais um funcionário do setor, tornando a sala pós-exame cheia e, em alguns momentos, sem condições de acomodar de forma confortável a todos.

Depois de realizado o cateterismo, as pessoas eram liberadas para se alimentarem, o que acontecia na mesma sala, junto de outros clientes, que ainda permaneceriam em jejum. Pensando a respeito do que poderia significar o assistir a um ato que lhe é vetado, o indivíduo pode se sentir incomodado e em certos momentos, afrontado pelas duas impossibilidades: sair da sala ou alimentar-se também. Fato aditivo ao desprazer da situação que lhe é imposta, mesmo que essa seja para um procedimento terapêutico e sabidamente benéfico a si próprio.

De acordo com o apresentado na descrição do ambiente, na metodologia, e com as impressões do observador apresentadas, fica claro que o ambiente a que o indivíduo está exposto, dentro do setor de cardiologia, não apresenta alternativas para que o cliente possa lidar de forma mais efetiva com sua ansiedade ou desenvolver mecanismos de desvio do foco de atenção/distração.

Quando colocado na sala de recuperação pós-exame, há a restrição, na formação do grupo, de pessoas que não irão passar por procedimentos invasivos que, logo no início do período de espera, assistem as orientações pertinentes ao exame de cateterismo cardíaco, reavivando lembranças do exame que foi responsável pela indicação da ACTP e, logo depois, são interrogados quanto à experiência vivenciada.

À medida que o dia vai passando, e os exames de cateterismo são realizados, ao retornarem para a sala de pós-exame, os comentários se intensificam e as pessoas que devem se manter em jejum, passam a assistir os outros clientes se alimentando, o que pode desencadear angústia pela impossibilidade de saciar um instinto natural de sobrevivência, ainda, considerando que se tem a presença de um cartaz com as alterações cardíacas decorrentes de algumas patologias e a ausência de objetos para promover a distração do indivíduo durante a sua espera (pelo procedimento ou pela alta).

O corredor percorrido pelo cliente até o banheiro, já descrito como poluído e hostil, repleto de informações de difícil compreensão para indivíduos que têm em sua maioria o ensino fundamental incompleto, ou onde o espaço é disputado entre cadeiras, mesas de procedimento, aventais de chumbo e armários, além da localidade ser freqüentada por diversos residentes que discutem casos entre si, e com docentes ocupando a área de passagem e pela incompreensão do que se é dito, dá margem para o desenvolvimento da

leitura, de mensagem falada ou escrita, conforme a sua criatividade ou grau de conhecimento.

Assim, independente do mecanismo intrapsíquico de adaptação utilizado pelo indivíduo, frente ao meio a que está inserido, ressalta-se que o descontrole emocional produz sintomas tão intensos a ponto de provocar um infarto do miocárdio, e tão sutis a ponto de não serem percebidos. Mas os sintomas sempre estão presentes e causam grande desconforto; como a simples presença de uma determinada pessoa, lembra-nos Guelfi (2001), e é nesse momento que se faz primordial a presença e capacidade de intervir adequadamente.

7 - CONCLUSÕES

A ansiedade é um distúrbio psíquico de origem multicausal, assim como as demais patologias, sendo decorrente da associação de dois ou mais fatores que podem ser relacionados ao meio ambiente, hereditariedade, mecanismos de adaptação empregues e aprendidos, cultura, condição socioeconômica, tipo de personalidade e outros. Sempre considerando que um só fator não pode determinar o aparecimento do quadro ou desenvolvimento desse tipo de reação, ressaltando que as associações não se fazem de forma somatória e sim por potencialização.

O cliente cardíaco mostrou-se portador de um nível de ansiedade estado moderado segundo média estabelecida em cada um dos três momentos da coleta de dados, sendo que nesse nível de ansiedade ainda é possível o emprego de intervenções para a redução do nível até baixo, através de medidas simples como técnicas de relaxamento, desenvolvimento de atividades para desvio do foco de atenção, emprego de música ambiente, oferta de meios de distração (televisão, jogos, revistas, passatempos).

O mensuração da ansiedade estado apresentou evolução para níveis mais altos, no terceiro momento da coleta de dados, em catorze dos vinte casos que compuseram o estudo, indicando que é necessário investir em mecanismos para redução da ansiedade.

O estímulo da ACTP, para desencadeamento da ansiedade, mostrou-se depende da leitura realizada pelo sujeito sobre o procedimento, bem como da forma que as orientações foram realizadas para que houvesse aumento do nível de ansiedade mensurado.

Os comportamentos indicativos de ansiedade observados durante o estudo não apresentaram variação proporcional ao nível de ansiedade-estado mensurado, ou ao tempo de espera do cliente na unidade até sua realização.

O conteúdo abordado durante as orientações não interfere no nível de ansiedade, porém, a linguagem empregue, a escolaridade do sujeito e a idade (sujeitos com mais de 70 anos) foram alguns dos determinantes para que houvesse o aumento no nível de ansiedade estado.

O coração, suas patologias e o tratamento foram os temas de maior veiculação nas conversas durante o tempo de espera (antes e após as orientações). A inexistência de subsídios para o desvio do foco de atenção (televisão, livros, revistas, gravuras, música ambiente) pode ser considerado um dos colaboradores para esse tipo de comportamento.

Os valores encontrados para pressão arterial e frequência respiratória estiveram, nos dois últimos momentos da coleta de dados, em 65% dos casos, acima dos valores preconizados na literatura como padrão de normalidade, mesmo com o uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivos para toda a amostra e de simpaticolíticos, em associação, para 70% dos indivíduos. E para doze indivíduos em que há a associação medicamentosa observou-se aumento das cifras tensionais. O que comprova a presença da estimulação simpática desencadeada pela ansiedade e que não é considerada como fator cotidiano ao indivíduo no momento de se estabelecer a conduta terapêutica.

As escalas, os questionários ou os inventários utilizados para avaliação de respostas subjetivas como a ansiedade não substitui a observação atenta e minuciosa dos comportamentos humanos, e vice-versa.

O escore obtido, através do IDATE, os valores dos sinais vitais e o número de comportamentos e reações observadas depois da realização das orientações pelos profissionais da equipe de enfermagem apresentaram aumento quando comparados com os dados iniciais do estudo.

Em muitos casos foi confrontado o discurso empregue e as atitudes demonstradas durante espera para o procedimento com o encontro freqüente de incongruências entre fala e comportamento ou entre comportamento e os resultados obtidos com a aplicação do IDATE–Estado.

Os fatores idade, sexo, escolaridade e estado civil não apresentaram relação direta com o aumento ou redução dos níveis de ansiedade mensurados. No entanto, os sujeitos do sexo feminino apresentaram menor pontuação do IDATE–Estado e menor número de comportamentos indicativos de ansiedade para o tempo de espera maior de sete horas.

Faz-se necessário realizar estudos com amostra populacional maior, bem como empregando outras formas de avaliação para a presença e mensuração da ansiedade. Além de englobar na amostra os casos em que se realizará valvuloplastia.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos propostos de mensurar e identificar a presença de ansiedade em indivíduos antes da realização da ACTP foram alcançados, mas com resultados diferentes da hipótese anterior do pesquisador. O nível de ansiedade não mostrou evolução crescente até que se realizasse o procedimento.

Faz-se necessário a realização de mais estudos ligados ao tema, para que se responda aos novos questionamentos que se mostraram ao pesquisador após a realização deste estudo, bem como a replicação do mesmo para posterior comparação dos dados obtidos e permitindo assim a generalização dos resultados encontrados, assim como o prosseguir desta linha de investigação com um número maior de participantes e em situações diferentes (clientes hospitalizados, ou encaminhados por outros setores do hospital, ou pessoas com mais de uma ACTP, etc.).

Para a modificação das situações e lugares observados o pesquisador sugere:

- a) confecção de *folder* explicativo a respeito da ACTP, para ser distribuído entre os clientes que serão submetidos ao mesmo, no momento do agendamento do procedimento;
- b) realização de uma orientação prévia logo a seguir ao agendamento do procedimento, por profissional da equipe de enfermagem treinado.

As intervenções a e b têm caráter elucidativo e destinam-se a preparar o cliente para o procedimento de forma precoce, ao mesmo tempo em que se neutraliza as interferências provenientes do meio social que convive e permite ao mesmo a apresentação das dúvidas restantes e seu posterior esclarecimento no dia marcado para a realização da ACTP.

Administração de medicamento com propriedades ansiolíticas a todos os clientes (conforme avaliação e prescrição do residente em estágio na hemodinâmica), no momento em que são chamados pelo enfermeiro do serviço para conferência, quanto ao uso adequado das medicações, pode auxiliar na redução dos níveis de ansiedade e melhora da capacidade de compreensão das informações passadas ou recapituladas com o sujeito e seu acompanhante, se adotada sugestão anterior.

Promover a arrecadação de livros, revistas, passatempos e jogos entre os profissionais e estudantes vinculados à instituição, com posterior disponibilização dos mesmos aos clientes durante o período de espera pelos exames e procedimentos (população como um todo).

Entrar em contato com artistas plásticos e galerias de arte do município e região para a realização de exposições com quadros e gravuras (envolvidas em papel filme, para evitar a propagação de infecções por microrganismos resistentes) dentro do espaço físico da instituição que apresentem menor risco para contaminação do objeto.

Apresentar ao diretor clínico do setor, e a possíveis patrocinadores, a proposta para aquisição de um aparelho televisor ou de um rádio com jogo de caixas de som para ser colocado na sala de espera, na intenção de desvio do foco de atenção do sujeito.

9 - REFERÊNCIAS

ABDUCH, M.; HUEB, W. A.; JACQUEMIN, A. A abordagem psicodinâmica do paciente portador de doença arterial coronariana: uma contribuição do psicodiagnóstico de Rorschach. **RSCESP**, v. 2, n.6, p.3-5, nov./dez. 1992. supl. A

ABIB, J. A. D. **Teorias do comportamento e subjetividade na psicologia**. São Carlos: Editora da UFSCar; 1997.

ADEODATO, J. M. **Bases para uma metodologia da pesquisa em direito**. Disponível em: <http://www.cjb.gov.br/bvirtual>. Acesso em: 2000.

AMODEO, C. Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. In: BARRETO, A. C. P.; SOUSA, A. G. M. R. **SOCESP – Cardiologia: atualização e reciclagem**. São Paulo: Atheneu, 1994. Cap. 20, p. 228-231.

ANDERSON, D. J.; ORMOND, M., Perioperative care of patients undergoing na epidural epinal cord stimulation for angina; **J. Perianesth. Nurs.**, v. 14,n. 6, p. 330-335, Dec, 1999.

ANDRADE, L. H. S. G.; GORESTREIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 25, n. 6, p. 285 – 290, 1998. Edição especial.

ANTMAN, EM; BRAUNWALD, E. Acute miocardial infarction; In: BRAUNWALD, E; ZIPES, DP; LIBBY, P; **Heart Disease: A textbook of cardiovascular medicine**; 6 th edition; Philadelphia: Saunders Company; 2001; chap. 35, p1114-1218.

ASBAHR, F.R. Escalas de avaliação de transtorno obsessivo - compulsivo na infância e adolescência. **Rev. Psiquiatr.Clin.**, v. 25, n. 6, p. 310 – 319, 1998. Edição especial.

ATKINSON, LD; MURRAY, MC. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem; Rio de Janeiro; Guanabara-Koogan, 1994.

AULER JR, J. O C. Anestesia para cardiopatas submetidos a cirurgia não cardíaca; In: BARRETO, A. C. P.; SOUSA, A.G. M. R. **SOCESP – Cardiologia**: atualização e reciclagem. São Paulo: Atheneu, 1994. Cap. 77, p. 823-833.

BBC. **Ataque de pânico**. Londres, Documentário exibido por GNT em maio de 2003.

BARROS, A. L. B. L. **O trabalho docente assistência! de enfermagem no hospital São Paulo da UNIFESP/EPM**. São Paulo, 1998. 320f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina, 1998.

BATES, B.; **Propedêutica médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

BATLOUNI, M.;et al.; Insuficiência coronária crônica. In: BARRETO, A. C. P.; SOUSA, A.G. M. R. **SOCESP – Cardiologia**: atualização e reciclagem. São Paulo: Atheneu, 1994. Cap. 27, p. 286-297.

BERNIK, M. A. Dificuldades na utilização de escalas de avaliação de sintomas ansiosos em psicofarmacologia clínica e experimental. **Rev. Psiquiatr. Clin**, v. 25, n. 6, p. 326 – 330, 1998. Edição especial.

BERNIK, M. A. Ansiedade e depressão podem ser simultâneas. Entrevista concedida a P. Klinger. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 25 março 2004. Caderno Equilíbrio. F.5

BERTOLAMI, M. C.; FALUDI, A. A. Quais os resultados dos estudos na prevenção secundária da aterosclerose. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M (ed.). **SOCESP - Manual de cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 112.

BIAGGIO, A. M. B. Ansiedade, raiva e depressão na concepção de C.D. Spielberger; **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 25, n. 6, p. 291 – 293, 1998. Edição especial.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C. D. Desenvolvimento da forma eperimental em prtuguês do iventário de Ansiedade Traço – Estado (IDATE) de Spielberger. **Arq. Bras. Psicol. Aplicada**, n. 3, p. 1– 44, 1979.

BOAVETURA, E. M. **Metodologia de pesquisa**: monografia, dissertação, tese. São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL. DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: fev/2003.

BRASIL. DATASUS apud LOTUFO, P. A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, n. 6, p. 541 – 547, 1996.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: março/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o diabetes e a doença renal**. Brasília: Gráfica Nacional, 2003.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação brasileira das ocupações**. Disponível em: <http://www.tem.cbo.gov.br/informação/asp> Acesso em: maio/2004.

BRASIL. Ministério da saúde – Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 15/abril/2003.

BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P.; LIBBY, P. **Heart disease**: a textbook of cardiovascular medicine. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2001.

CADE, N. V. **O modelo cognitivo-comportamental em grupo e seus efeitos sobre as estratégias de enfrentamento, os estados emocionais e a pressão arterial de mulheres hipertensas**. 2002. 256f. Tese (doutorado). São Paulo: Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002.

CAMPOS, E. P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. Cap. 22, p. 234 – 252.

CANNON, C. P.; BRAUNWALD, E. Unstable angina. In: BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P.; LIBBY, P. **Heart disease**: a textbook of cardiovascular medicine. 6th ed. Philadelphia: Saunders, 2001. Chap. 36, p. 1232-1263.

CANTERA, I. R.; DOMINGO, P. L. **Geriatria**: guias práticos de enfermagem. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2001.

CARPENITO, L. J. **Planos de cuidados de enfermagem**: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell, M.H. Kruse. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CARPENITO, L. J. **Handbook of nursing diagnosis**. 6th.ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1995. Section 1, p. 1-420: Nursing diagnosis.

CARPENITO, L. J. et al. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação a prática clínica. Trad. Ana Thorell. 6^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CÁRTER. CS, SERVAM-SCHREIBER, D., PERLSTEIN, WM., Anxiety disorders and the syndrome of chest pain with normal coronary arteries prevalence and pathophysiology., **J. Clin. Psychiatry**; v.58 (suppl), n. 3, p. 70-73; 1997.

CHAVES Jr., H. Hipertensão arterial: aspectos epidemiológicos e grupos especiais de hipertensos. **Rev. ILIB-Brazil**, ano 3, n. 1, p. 5-11, abril 2001.

CHOR, D. et al. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, M. C. S. (org). **Os muitos Brasis**. São Paulo: Rio de Janeiro; HUCITEC – ABRASCO, 1995. p. 57 – 86.

CORRÊA, A. K. **Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva**: em busca do sentido da existência humana. 2001. Dissertação (mestrado). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 2001.

COOPER, R. D.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração**; 7^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

DAUBERMAN,

DIAMENT, J.; FORTI, N.; GIANNINI, S. D. Doença aterosclerótica coronariana: prevenção primária. In: DIAMNET, J.; FORTI, N.; GIANNINI, S. D. **Cardiologia preventiva**: prevenção primária e secundária. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 9, p. 87 – 102.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4., 2002. Campos de Jordão. Campos de Jordão: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo, BG Cultural, 2002. 40 p.

DRACTU, L.; LADER, M. Ansiedade: conceito, classificação e biologia. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 42, n. 1, p. 19-32, 1993.

ESTADOS UNIDOS: National Center of Helth Statistics. Disponível em: <http://www.cdc.gov>. Acesso em: fev/2003

FEITOSA, G. S. O desafio da hipertensão arterial. **Arteríola**, v. 3, n. 1, p. 8, 2001.

FERREIRA, R. F.; ABREU, C.N. (org). **Psicoterapia e construtivismo**: considerações teóricas e práticas. Porto Alegre: Artmed; 1998. p. 159-168.

FERREIRA, B. A. **Fatores de risco para doença coronariana**: comportamentos e percepções de pacientes pós intervenção hemodinâmica. São Paulo, 1999. 128f. Dissertação (mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem/USP, 1999.

FERREIRA, A. B. H.; **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1981.

FIGUEIREDO, J. H. C. Alguns pacientes especiais no hospital geral: o paciente cardiológico. **Cad. IPUB**, n. 6, p.135-141, 1997.

FILIZOLA, A. L. A.; PAVARINI, S. C. I. **A relação enfermeiro-paciente e instrumentos para coleta de dados**. São Carlos: Edufscar, 2002. Série apontamentos.

FILIZOLA, A. L. A.; PAVARINI, S. C. I. **Alguns quadros de sofrimento psíquico**. São Carlos: Edufscar, 2003. Série apontamentos.

FONSECA, F. A. H.; NOVAZZI, __; MARTINEZ, __. Diagnóstico das dislipidemias. In: BARRETO, A. C. P.; SOUSA, A.G. M. R. **SOCESP – Cardiologia**: atualização e reciclagem. São Paulo: Atheneu, 1994. Cap. 25, p. 268-275.

FONSECA, L. A. M.; LAURENTI, R. Epidemiologia das cardiopatias nas duas últimas décadas: dados internacionais, dados brasileiros. In: DIAMENT, J.; FORTI, N.; GIANNINI, S. D. **Cardiologia preventiva**: prevenção primária e secundária. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 1, p. 3 – 8.

FORTI, A. C.; MARTINS, M. R. A. Diabetes Mellitus em situações especiais. **Rev. ILIB-Brazil**, ano 3, n. 1, p. 21-27, abril 2001.

FRANCHINI, K. G. Controle neural da função cardíaca. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR L. A. M (ed.). **Socesp. anual de cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1-5.

GAZIANO, J. M.; MANSON, J. E.; RIDKER, P. M. Primary and secondary prevention of coronary heart disease. In: BRAUNWALD, E.; ZIPES, D.P.; LIBBY, P. **Heart Disease: A textbook of cardiovascular medicine**. 6th ed. Philadelphia: Saunders, 2001. chap. 32, p. 1040-1065.

GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; BERNIK, M. A. (org). **Pânico, fobias e obsessões: a experiência do projeto AMBAN**. São Paulo: Edusp, 1997.

GERSH, B. J.; BRAUNWALD, E.; BONOW, R. O. Chronic coronary artery disease. In: BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P.; LIBBY, P. **Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine**. 6th ed. Philadelphia: Saunders, 2001. Chap. 37, p. 1272-1354.

GIANNINI, S. D. et al. Fatores de risco para coronariopatia. In: BARRETO, A. C. P.; SOUSA, A.G. M.R. **SOCESP – Cardiologia: atualização e reciclagem**. São Paulo: Atheneu, 1994. Cap. 24, p. 260-267.

GIANNOTTI, A. A inserção da psicossomática na prática em saúde pública. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 8, n. 1, p. 9-13, jan./fev. 1998. supl. A

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GORDON, M. **Manual of nursing diagnosis**. 7th ed. St Louis – Missouri: Mosby, 1995/96. Chap.2, p. 39-475: Documentation: formal and example.

GOTTO JR, A. M.; PHIL, D.;FARMER, J.A. Fatores de risco para coronariopatia. In: BRAUNWALD, E. (ed). **Tratado de medicina cardiovascular**. 3^a edição, vol 2; São Paulo: Rocca, 1991. Cap. 36, p.1208-1247.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro; Record; 1999.

GRAEFF, F. G.; HETEM, L. A. P. Neurobiologia. In: HETEM, L. A. B.; GRAEFF, F. G. **Transtornos de ansiedade**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 5, p.107-132.

GRAEFF, F. G.; GUIMARÃES, F. S. (ed); **Fundamentos de Psicofarmacologia**. São Paulo: Atheneu, 2001.

GUELF, D. **Timidez, ansiedade, medo, depressão:** a verdade é que os problemas emocionais não constituem doenças. Disponível em: http://www.maisde50.com.br_artigo.asp?id=837. Acesso em: out/ 2001.

GUIMARÃES, A. C. Relação custo/ eficácia da prevenção (primária e secundária). In: DIAMENT, J.; FORTI, N.; GIANNINI, S. D. **Cardiologia preventiva:** prevenção primária e secundária. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 30, p.343 – 350.

GUIMARÃES, F. S.; ZUARDI, A.W.; HETEM, L. A. B. Ansiedade experimental humana. In: HETEM, L. A. B.; GRAEFF, F. G. **Transtornos de ansiedade.** São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 4, p. 75-106.

GUN, C. Avaliação de risco cirúrgico do paciente cardiopata. In: BARRETO, A. C. P.; SOUSA, A.G. M. R. **SOCESP – Cardiologia:** atualização e reciclagem. São Paulo: Atheneu, 1994. Cap. 76, p. 814-822.

GUN, C. Choque cardiogênico: tratamento. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M. (ed.) **SOCESP - Manual de cardiologia.** São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 17, p. 74 – 79.

GUYTON, A. C. **Fisiologia humana.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

HACKETT, T. P.; ROSENBAUM, J. F.; TESAR, G. E. Emoção, doenças psiquiátricas e o coração. In: BRAUNWALD, E. (ed). **Tratado de medicina cardiovascular.** 3ª edição, vol 2; São Paulo: Rocca, 1991. Cap. 62, p.1971-1988.

HEIDRICH, G.; CAMPOS, L. H. de. Avaliação dos níveis de ansiedade dos pacientes assistidos no serviço de Reabilitação do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v. 9, n. 2, p. 123- 128, abr./jun. 1994.

HIGUCHI, M. L.; BEZERRA, H.G.; BEVENNUTI, L. A. Anatomia patológica das síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis. In: NICOLAU, J. C.; MARIN NETO, J. A. **Síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis.** São Paulo: Atheneu, 2001. Cap. 1, p. 3 – 14.

IGNACIO, DS; SILVA, I; VEIGA, E. V; Diagnóstico de ansiedade em pacientes com infarto agudo do miocárdio: Algumas considerações. In: **XXIII CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO;** Campos do

Jordão, 2001; Resumos; Campos do Jordão, Sociedade De Cardiologia Do Estado De São Paulo, 2001

INTERNATIONAL LIPID INFORMATION BUREAU (ILIB) Latino América. Recomendações de ILIB para el diagnóstico de las dislipidemias em Latino America. **Cardiovasc Risk Factors**, v. 3, n. 1, p. 10-27, 1994. Supplement.

INTROCASO, L. História natural da aterosclerose. **Atheros**, v.12, n. 1, p. 27-32, 2001.

ITO, L. M.; RAMOS, R. T. Escalas de avaliação clínica: transtorno de pânico. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 25, n. 6, p. 294 – 302, 1998. Edição especial.

KAPLAN, N. M. Systemic hypertension: mechanisms and diagnosis. In: BRAUNWALD, E.; ZIPES, D.P.; LIBBY, P. **Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine**. 6th ed. Philadelphia: Saunders, 2001. Chap. 28, p. 941-971.

KAPLAN, H. L.; SADOK, B. J.; GREBB, J. Á. **Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KEDWELL, P.; SNAITH, R.P. What do anxiety scales measure ? **Acta Psychiatr. Scand.**, n. 93, p. 177-180, 1996.

KRASILCIC, S. Índice de adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso no Brasil e no mundo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION Jr, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos, 2001. Cap. 3, p. 47-56.

KIMURA, AF; MERIGUI, MAB. Estudo de caso. In: MERIGUI, MAB; PRAÇA, NS. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivencia da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2003; cap. 3, p. 14-18.

KLINGER, P.; Ansiedade e depressão podem ser simultâneas. **Folha de São Paulo**, São Paulo; Equilíbrio: 25/03/2004.f.5.

LAVILLE, C.; DIONE, J.; **A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: Artes Médicas, 1999.

LEWIS, A. Problems presented by the ambiguous word “anxiety” as used in psychopathology. **The later papers of Sir Aubrey Lewis**. Oxford: Oxford University Press, 1979.

LIMA DE, M. S.; et al. Epidemiologia. In: HETEM, L. A. B.; GRAEFF, F. G. **Transtornos de ansiedade**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 7, p. 171-190.

LOTUFO, P. A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, n. 6, p. 541 – 547, 1996.

LOTUFO, P. A.; LOLIO, C. A. Tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no Estado de São Paulo, 1970 – 1989. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 61, p. 149 – 153, 1993.

LOURES-VALE, A. A.; MARTINEZ, T. L. R. Prevenção: importância e estratificação de risco. **Atheros**, n.12, v.1, p. 7-12, 2001.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUNA, R. L. Hipertensão arterial ligada a resistência à insulina: possíveis mecanismos fisiopatogênicos. **Hiper Ativo**, v. 3, n. 4, out./dez. 1996.

LUNA, R. L.; COUTO, A. A. Aspectos clínicos da hipertensão arterial associada a resistência à insulina. **Hiper Ativo**, v. 3, n. 4, out./dez. 1996.

MARANHÃO, R. C. et al.. Metabolismo lipídico. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 77, p. 9-10, nov. 2001. suplemento 3.

MARINO, P. L. **Compêndio de UTI**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. Cap. 8, p. 112-125: Analgesia e sedação.

MATTOS, L. A.; SOUSA, J. E. M. R. Angioplastia coronária primária no infarto agudo do miocárdio. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M (ed.) **SOCESP - Manual de cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 42, p. 186 – 194.

MONACHINI, M. C.; CARAMELLI, B. Fisiopatologia do choque cardiogênico. In: TIMERMAN, A. A. M. (ed.). **SOCESP - Manual de cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 69- 73.

MORIGUCHI, E. H.; VIEIRA, J. L. C. Conceito de fatores de risco: hierarquia dos principais fatores de risco e suscetibilidade individual para diferentes cardiopatias. In: DIAMENT, J.; FORTI, N.; GIANNINI, S.D. **Cardiologia preventiva: prevenção primária e secundária**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 3, p. 27 – 42.

NARDI, A. E. Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade. **Rev. Psiquiatr.Clin.**, v. 25, n. 6, p. 331 – 333, 1998. Edição especial.

NICOLAU, J. C.; MARIN NETO, J. A. **Síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis**. São Paulo: Atheneu, 2001.

NOBRE, F. Hipertensão arterial: conceito e etiopatogenia. In: BARRETO, A. C. P.; SOUSA, A. G. M. R. **SOCESP – Cardiologia: atualização e reciclagem**. São Paulo: Atheneu, 1994. Cap. 19, p. 215-227.

NOGUEIRA, W. P.; Pressão arterial sistólica versus diastólica. **Arteriola**. n. 3; v. 1; 2001. p. 15-16.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação**. Edição comemorativa 25 anos. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 131-133: Ansiedade.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação**. Edição comemorativa 25 anos. Porto Alegre, Artmed, 2000. p. 131-133: Ansiedade.

OIE, T. P. S.; EVANS, L.; CROOK, G. M. Utility and validity of the STAI with anxiety disorder patients. **Br. J. Clin. Psychol.**, n. 29, p. 29 – 432, 1990.

OLIVEIRA, M. F. P. Manifestações emocionais no paciente coronariano. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 5, n. 1, p. 1-4, jan./fev. 1995. supl A.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Definição de saúde. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. (ed); **Enfermagem médico-cirúrgica**. 8^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v. 1, cap. 1.

ONGARO, S. O doente coronário e seus dinamismos psíquicos. In: ROMANO, B. W. (Org). **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994.

PASQUALI, L. PINELLI, JRB; SOLHA, AC. Contribuição à validação e normatização da escala de ansiedade traço do IDATE. **Pisc Teor Pesq** 10:411-420, 1994.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: Lab PAM/ IBAPP, 1999.

PEREIRA, A. A. M. et al. O ajustamento psicológico do paciente adulto portador de marcapasso cardíaco. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 7, n. 1, p. 1-7, jan./fev.1997. supl. A.

PEREIRA, M. E. C. Conceito de ansiedade In: HETEM, L. A. B.; GRAEFF, F. G. **Transtornos de ansiedade**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 1, p. 3-28.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 2002. Cap. 16: Seleção dos participantes para estudo.

PESSUTO, J. **Mecanismos de coping utilizados por indivíduos portadores de hipertensão arterial**. Ribeirão Preto, 1999. 330f. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1999.

PFEFERMAN, E.;VIECELLI, P.R. Atendimento inicial no infarto agudo do miocárdio. In: TIMERMAN, A; CÉSAR, LAM (ed.) **SOCESP-Manual de cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 37, p. 167 – 170.

PIEGAS, L. S.; ROSSI-NETO, J. M. Consenso de trombólise e pós-trombólise. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M (ed.) **SOCESP - Manual de cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 41, p. 182 – 185.

PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M.G.; MION JR, D. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos, 2001. Cap. 1, p. 21-34.

POPMA, J. J.; KUNTZ, R. E.; **Percutaneous coronary and valvular intervention** In: BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P.; LIBBY, P. **Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine**. 6th ed. Philadelphia: Saunders, 2001. Chap. 38, p. 1364-1405.

PORTO, C. C. *Semiologia médica*. 3 ed; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.

POTTER, PA; PERRY, AG. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 4 ed; Rio de Janeiro; Guanabara-Koogan; 1999.

RAMOS, R. F.; MAGALHÃES, H. M. Infarto agudo do miocárdio: novos métodos enzimáticos de diagnóstico e prognóstico. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M (ed.). **SOCESP - Manual de cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 32, p. 147 – 151.

REDDY, K. S.; YUSUF, S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. **Circulation**, v. 97, p. 596 – 601, 1998.

RIBEIRO, A. S.; RENGEL, D. H. P. Estudo comparativo sobre a ansiedade frente a cirurgia cardíaca entre pacientes coronarianos e valvopatas. **RSCESP**, v. 2, n. 1, p. 9-11, jan./fev. 1992. supl. A

RIBEIRO, B. A; ZANELLA, __; RAMOS, __. Tratamento farmacológico e situações especiais. In: BARRETO, A. C. P.; SOUSA, A.G. M. R. **SOCESP – Cardiologia: atualização e reciclagem**. São Paulo: Atheneu, 1994. Cap. 21, p. 232-244.

RIDKER, P. M.; GENEST, J.; LIBBY, P. Risk factors for atherosclerotic disease. In: BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P.; LIBBY, P. **Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine**. 6th ed. Philadelphia: Saunders, 2001. Chap. 31, p. 1010-1039.

RODRIGUES, M. F. O amplo mal-estar na civilização no fim do século. **Comportamento**, 1994.

ROJAS, C. I. D. **Invadindo o coração: representações sociais dos pacientes coronarianos frente ao cateterismo cardíaco**. Ribeirão Preto, 2001. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2001.

SABISTON, D. C. Infarto Agudo do miocárdio. In: WINGAARDEN, J. B.; SMITH, L. B. **Tratado de medicina interna**. 18^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. v. 1, cap. 51.3.

SABISTON JR, D. C. Angioplastia coronária transluminal percutânea. In: WINGAARDEN, J. B.; SMITH, L. B. **Tratado de medicina interna**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. v. 1, cap. 64.5.

SANCHEZ, C. G. **Perfil do paciente hipertenso atendido em pronto socorro: comparação com hipertensos em tratamento ambulatorial** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de São Paulo/ USP; 2000.

SANTOS, SCC; LUIS, MVA. **A relação da enfermagem com o paciente cirúrgico**; Goiania; AB; 1999.

SANTOS, R. M.; PÉREZ, G.; BULBENA, A. Afectividade y emociones: ansiedad y angustia. In: LUQUEZ, R; VILLAGRAN, J. M. **Psicopatologia descriptiva: novas tendências**. Madrid: Trotta, 2000.

SCHWEITZER, P. B. Anxiety. In: ACKLEY, B. J.; LADWIG, G. B. **Nursing diagnosis handbook: a guide to planning care**. 2ª ed. St. Louis – Missouri: Mosby, 1995. section 3, p. 113-115.

SELLTIZ, C. H. I. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 2ª ed. São Paulo: EPU, 1987.

SENRAS, C. **Ansiedade em idosos**. Disponível em: <http://www.maisde50.com.br/artigo.asp?id=39>. Acesso em: out. 2001.

SERRO-AZUL, JB; SAVIOLI NETO, F; WAJNGARTEN, M. Problemática do manuseio cardiológico do indivíduo idoso. In: BARRETTO, ACP; SOUSA, AGMR. **SOCESP – Cardiologia: atualização e reciclagem**. São Paulo; Atheneu; 1994. cap 72, p. 783-789.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. São Paulo: Mc Graw-Hill, São Paulo, 1975.

SILVA, M. J. P. da. Percebendo os sentimentos de maneira não verbal. **Rev. Paul. Enfermagem**, v.10, n.3, p.128-132, set./ dez. 1991.

SILVA, M. A. D.; Miocardiopatia hipertrófica. In: BARRETTO, ACP; SOUSA, AGMR. **SOCESP – Cardiologia**: atualização e reciclagem. São Paulo; Atheneu; 1994. cap. 37, p. 378-387.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. (ed); **Enfermagem médico-cirúrgica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v. 1, Cap. 9, p. 92-102: Estresse e adaptação.

SMITH, T. W. Insuficiência cardíaca. In: WYNGAARDEN, J. B.; SMITH, L. H. **Tratado de medicina interna**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995, v. 1, Cap. 43, p. 200.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de Cardiologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2000. p. 72.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre dislipidemias. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 77, Novembro, 2001. supl. 3

SOUSA, A. G. M. R.; PIEGAS, L. S.; SOUSA, J. E. M. R. (ed). **Fatores de risco emergentes para doença coronária**. São Paulo: Revinter, 2000. Série monografias Dante Pazzanese, v. 3.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Inventário de ansiedade Traço – Estado (IDATE)**. Trad. A. M. B. Biaggio, L. Natalício. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.

SPLITZ, L. As reações psicológicas à doença e ao adoecer. **Cad. IPUB**, n. 6, p. 85-97, 1997.

STAKE, R. E . Case study. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Califórnia: Sage, 1994. Chap. 14, p. 236-246.

STUART, G. W; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

STUCHI, R. A. G. **Crenças dos portadores de doença coronariana sobre os comportamentos de risco**. Ribeirão Preto, 1999. 155f. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1999.

TANAJURA, L. F. L.; SOUSA, A. G. M. R. Angioplastia transluminal coronária na angina estável. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M (ed.). **SOCESP - Manual de cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 47, p. 212 – 214.

TESSARI, O. I. **Ansiedade**. Disponível em: <http://www.maisde50.com.br/printartigo.asp?id=400> Acesso em: 21/03/2003.

TRAVELBEE; J. La comunicacion con los pacientes. In: **Intervencion en enfermeria psiquiátrica: el proceso de la relacion de persona a persona**. Washington: Organización Panamericana de la salud, 1982.

TRIVIÑOS, ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo; Atlas; 1987.

VALLADARES, H. M. A. Interconsulta: uma forma de intervenção na relação equipe-paciente. **RSCESP**, v. 1, n. 3, p. 8-10, nov./dez. 1991. supl. A.

VALLE, E. R. M. **Ser no mundo com o filho portador de câncer: hermenêutica de discursos de pais**. São Paulo, 1988. 123f Tese (doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1988.

VIECELLI, P. R.; In: NICOLAU, J. C.; MARIN NETO, J. A. **Síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis**. São Paulo: Atheneu, 2001.

VIEIRA. Alta ansiedade entrevista concedida a Zaché, J.; Tarantino, E.. **Istoé**, n. 1664, p. 72-78, abril 2001.

VIEIRA, J. L. C. Fatores de risco modificáveis em cardiologia. In: DIAMENT, J.; FORTI, N.; GIANNINI, S.D. **Cardiologia preventiva: prevenção primária e secundária**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 4, p. 43 – 58.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R. **O corpo fala: A linguagem silenciosa da comunicação não verbal**. 52ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

WILLERSON, J. T. Fisiopatologia e tratamento dos principais sintomas neurológicos. In: WINGAARDEN, J. B.; SMITH, L. B. **Tratado de medicina interna**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. v. 2, seção 3, p. 1839-1870:

WINGAARDEN, J. B.; SMITH, L. B. **Tratado de medicina interna**. 18^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. v. 2.

YIN, R. K. **Estudo de caso, planejamento e métodos**. 2^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

<http://www.bireme.com> acesso em 13/07/2002

<http://www.usp.org/sibi> acesso em 13/07/2002

<http://www.geocities.com.br/hotsprings/oasis/2889/ansiedade.htm> acesso em 15/07/2003

<http://www.ibge.gov.br> acesso em 13/03/2003

<http://www.datasus.gov.br> acesso em 13/03/2003

<http://www.cdc.gov> acesso em 21/08/2003

<http://www.mtecbo.gov.br/informação/asp> acesso em 31/05/2004

<http://www.saúde.gov.br> acesso em 21/ 08/2003

10 - APÊNDICES

Apêndice A

Número de identificação: _____

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE – TRAÇO DE SPILBERGER

(Pré angioplastia coronariana – entrada no serviço)

Marque com um X, em cada pergunta, na coluna que indica **como você geralmente se sente**:

Perguntas	Quase nunca	Às vezes	Com frequência	Quase sempre
01 Sinto-me bem.				
02 Canso-me facilmente.				
03 Tenho vontade de chorar.				
04 Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser.				
05 Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.				
06 Sinto-me descansado (a).				
07 Sou calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo (a).				
08 Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver				
09 Preocupo-me demais com as coisas sem importância.				
10 Sou feliz.				
11 Deixo-me afetar muito pelas coisas.				
12 Não confio muito em mim mesmo (a).				
13 Sinto-me seguro (a).				
14 Evito ter que enfrentar crises ou problemas.				
15 Sinto-me deprimido (a).				
16 Estou satisfeito (a).				
17 Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me perturbando				
18 Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo retirá-los da minha cabeça.				
19 Sou uma pessoa estável.				
20 Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento.				

FC: _____ bpm. PA: _____ x _____ mmHg. FR: _____ ipm.

Enfermeiro: _____ COREN-SP: _____

Número de identificação: _____

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE – ESTADO DE SPILBERGER

(Pré angioplastia coronária – entrada no serviço)

Marque um X a coluna que indica como você se sente agora, neste momento.

Perguntas	Não	Um pouco	Bastante	Totalmente
01 Sinto-me calmo (a).				
02 Sinto-me seguro (a).				
03 Estou tenso (a).				
04 Estou arrependido (a).				
05 Sinto-me à vontade.				
06 Sinto-me perturbado (a).				
07 Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios.				
08 Sinto-me descansado (a).				
09 Sinto-me ansioso (a).				
10 Sinto-me “em casa”.				
11 Sinto-me confiante.				
12 Sinto-me nervoso (a).				
13 Estou agitado (a).				
14 Sinto-me uma “pilha de nervos”.				
15 Estou descontraindo (a).				
16 Sinto-me satisfeito (a).				
17 Estou preocupado (a).				
18 Sinto-me superexcitado (a) e confuso (a).				
19 Sinto-me alegre.				
20 Sinto-me bem.				

FC: _____ bpm. PA: _____ x _____ mmHg. FR: _____ ipm. Data: _____

Identificação: Idade: _____ anos Sexo: _____ Peso: _____ Kg. Altura: _____ mt.

Procedência: _____ Naturalidade: _____

Estado Civil: _____ IMC: _____ Kg/m². () Tabagismo

Profissão: _____ () Etilismo () Diabete Mellito

Escolaridade: _____

Antecedentes Familiares: _____

Diagnóstico(s) médico(s): _____

Enfermeiro: _____ COREN-SP: _____

Número de identificação: _____

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE – ESTADO DE SPILBERGER

(Pré angioplastia coronária – após orientação de enfermagem)

Marque um X na coluna que indica como você se sente agora, **neste momento**; em cada pergunta.

Perguntas	Não	Um pouco	Bastante	Totalmente
01 Sinto-me calmo (a).				
02 Sinto-me seguro (a).				
03 Estou tenso (a).				
04 Estou arrependido (a).				
05 Sinto-me à vontade.				
06 Sinto-me perturbado (a).				
07 Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios.				
08 Sinto-me descansado (a).				
09 Sinto-me ansioso (a).				
10 Sinto-me “em casa”.				
11 Sinto-me confiante.				
12 Sinto-me nervoso (a).				
13 Estou agitado (a).				
14 Sinto-me uma “pilha de nervos”.				
15 Estou descontraindo (a).				
16 Sinto-me satisfeito (a).				
17 Estou preocupado (a).				
18 Sinto-me superexcitado (a) e confuso (a).				
19 Sinto-me alegre.				
20 Sinto-me bem.				

FC: _____ bpm. PA: _____ x _____ mmHg. FR: _____ ipm.

Enfermeiro: _____ COREN-SP: _____

Número de identificação: _____

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE – ESTADO DE SPILBERGER

(Pré angioplastia coronária - em sala)

Marque um X na coluna que indica como você se sente agora, **neste momento**; para cada pergunta.

Perguntas	Não	Um pouco	Bastante	Totalmente
01 Sinto-me calmo (a).				
02 Sinto-me seguro (a).				
03 Estou tenso (a).				
04 Estou arrependido (a).				
05 Sinto-me à vontade.				
06 Sinto-me perturbado (a).				
07 Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios.				
08 Sinto-me descansado (a).				
09 Sinto-me ansioso (a).				
10 Sinto-me “em casa”.				
11 Sinto-me confiante.				
12 Sinto-me nervoso (a).				
13 Estou agitado (a).				
14 Sinto-me uma “pilha de nervos”.				
15 Estou descontraindo (a).				
16 Sinto-me satisfeito (a).				
17 Estou preocupado (a).				
18 Sinto-me superexcitado (a) e confuso (a).				
19 Sinto-me alegre.				
20 Sinto-me bem.				

FC: _____ bpm. PA: _____ x _____ mmHg. FR: _____ ipm.

Enfermeiro: _____ COREN-SP: _____

Apêndice B

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS:

1) Comportamentos apresentados:

☐ Observação atenta e vigilância ☐ Pouco contato visual ☐ Agitação ☐ Angústia
☐ Olhar em torno ☐ Movimentos repetitivos e constantes ☐ Insônia ☐ Confusão
☐ Preocupações expressas ☐ Inquietação ☐ Confuso/ desnortado ☐ Tensão facial
☐ Incerteza ☐ Desamparo aumentado ☐ Cautela aumentada ☐ Nervoso/ trêmulo
☐ Foco em si mesmo ☐ Sentimentos de inadequação ☐ Receoso ☐ Assustado
☐ Aflito ☐ Preocupado/ Apreensivo ☐ Ansioso ☐ Pesaroso ☐ Irritabilidade
☐ Voz trêmula ☐ Tremores nas mãos ☐ Fraqueza ☐ Dilatação pupilar
☐ Urgência urinária ☐ Reflexos aumentados ☐ Dor abdominal ☐ Esquecimento
☐ Distúrbio do sono ☐ Formigamento das extremidades ☐ Perspiração aumentada
☐ Anorexia ☐ Palpitação ☐ Diarréia ☐ Hesitação urinária ☐ Boca seca
☐ Fadiga ☐ Pulso diminuído ☐ Rubor facial ☐ Contração muscular ☐ Náuseas
☐ Tontura ☐ Bloqueio de pensamento ☐ Consciência dos sintomas fisiológicos
☐ Ruminação ☐ Atenção prejudicada ☐ Campo de percepção diminuído
☐ Medo de conseqüências inespecíficas ☐ Tendência a culpar os outros
☐ Dificuldade de concentração ☐ Capacidade diminuída de resolver problemas/
 aprender.

2) Ambiente:

Relação com os outros clientes
 Relação com os profissionais do setor
 Locomoção dentro do setor
 Autonomia
 Assuntos abordados na espera

3) Percurso de rotina:

Apêndice C

Impresso com número de angioplastias

Apêndice D**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO****HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****ESCLARECIMENTO AOS SUJEITOS DA PESQUISA**

O projeto de pesquisa intitulado: A Ansiedade Em Clientes Cardíacos Isquêmicos, Submetidos A Angioplastia Coronária; tendo como pesquisadora responsável à senhorita Daniela Sarreta Ignácio (COREN-SP: 83781), evidencia que a ansiedade apresenta uma curva evolutiva crescente frente à realização de um procedimento cardíaco invasivo, e que através do recebimento de orientações sobre as situações que irão vivenciar, mesmo com certa interferência, a ansiedade pode ser reduzida, porém a ansiedade se manterá em resposta a um evento cuja sua evolução, resultado e duração do procedimento é desconhecida, até mesmo pelos profissionais que irão acompanhar o cliente; e que são decorrentes de fatores internos ao cliente. Por esta razão, poderão ser responsáveis pela ansiedade que o indivíduo apresenta na expectativa de um procedimento onde se sabe apenas como se deve proceder e o que esperar, mas não há meios de prever qual o seu resultado, ou se haverá algum problema durante sua execução.

Os objetivos deste estudo são:

- Identificar a presença e quantificar o nível de ansiedade, em cardíacos isquêmicos, antes e dez minutos após a realização das orientações de enfermagem, fornecidas pelos profissionais da equipe de enfermagem, pertinentes ao procedimento de angioplastia coronária transluminal percutânea.
- Mensurar o nível de ansiedade destes clientes dez minutos antes do indivíduo entrar em sala de procedimento para a realização do mesmo.

Preocupados com o comportamento evolutivo dos níveis de ansiedade, de modo a obter subsídios para o adequado manejo deste conjunto de alterações de caráter subjetivo, e assim embasamento concreto das ações de enfermagem visando diminuir esta sensação,

desenvolveremos este trabalho da seguinte forma: após ser informado sobre o estudo em questão, e concordar em participar do mesmo, assinando o termo de consentimento pós-informado, será pedido ao cliente que forneça seus dados de identificação (sexo, idade, estado civil, procedência, naturalidade, altura, peso, profissão, escolaridade, se é etilista e ou tabagista, antecedentes familiares e diagnósticos médicos) e que se responda ao Inventário de Ansiedade Traço - Estado de Spilberger – IDATE; E após receber as informações sobre o procedimento da angioplastia coronária, pelo enfermeiro do setor, e também no momento em que estiver na sala de procedimentos, sendo preparado para o mesmo será aplicado apenas o Inventário de Ansiedade – Estado de Spilberger, associado à verificação de sua frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial, para se identificar o nível de ansiedade, dos clientes, em situação de espera para o procedimento de angioplastia coronária.

Espera-se com esta pesquisa analisar o comportamento dos níveis de ansiedade fornecidos pelo IDATE, nos diferentes momentos da espera pelo procedimento com posterior estabelecimento do perfil evolutivo da reação ansiogênica frente aproximação do evento de angioplastia coronária.

A pesquisadora se compromete a manter sigilo absoluto sobre a identidade e informações fornecidas pelos participantes e os deixa livres para se retirarem do estudo quando quiserem, apenas sendo necessário ao participante avisar ao pesquisador a sua decisão.

Será fornecido aos participantes, número telefônico pelo qual se entrará em contato com o pesquisador, para esclarecer dúvidas que surgiram ou permaneceram após contato no hospital; sendo assegurado aos mesmos a ausência de gastos e riscos, pois o estudo será realizado conforme a disponibilidade das pessoas, no setor, no dia da realização da angioplastia coronária transluminal percutânea agendada, sem a interferência no tratamento ou acarretando danos ao indivíduo.

Enfª. Daniela Sarreta Ignácio - COREN-SP: 83781.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2003.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Eu, _____, abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecido sobre todas as condições que constam do documento “A ANSIEDADE EM CLIENTES CARDÍACOS ISQUÊMICOS, SUBMETIDOS A ANGIOPLASTIA CORONÁRIA”; que tem como pesquisadora responsável à senhorita Daniela Sarreta Ignacio (COREN-SP: 83781), no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos que serei submetido, aos riscos e aos benefícios, à forma de ressarcimento no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados:

- 1- A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.
- 2- A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade de meu tratamento.
- 3- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade.
- 4- O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.
- 5- O compromisso de que serei devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de minha participação no projeto, bem como de que será garantida a continuidade do meu tratamento, após a conclusão dos trabalhos de pesquisa.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido projeto.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200__.

Assinatura do participante.

RG: _____ UF: _____

Apêndice E

Tabelas excell

Apêndice F

Caso 05

Comportamento 1	Orientações	Comportamento 2	Comportamento 3	Dados complementares
Atenção prejudicada Ansiosa Apreensiva Calada Nervosa Trêmula Rubor facial Capacidade diminuída de aprender Movimentos repetitivos Olhar fixo Olhar vago Incerteza Distúrbio do sono	Anestesia Local Campos Punção Cateteres Stent E Dor : Internação Repouso Alta Coceiras Balão	Silêncio Olhar vago Olhar fixo Observação atenta vigilância Receio Incerteza Movimentos repetitivos Preocupada Ansiosa Rubor facial Cautela aumentada Agitação Inquietação Dificuldade de concentração	Silêncio Olhar vago Olhar fixo Obs. atenta vigilância Receio Incerteza Movimentos repetitivos Preocupada Ansiosa Rubor facial Cautela aumentada Inquietação Foco em si Ruminação	“... Estou ficando muito nervosa! Não agüento mais ficar levando tantas picadas, quero ir embora”.
T. espera: 4h IDATE: Moderado FC: 72 bpm FR: 16 ipm PAS: 160 mmHg PAd: 76 mmHg Anti-hipertensivo. 8:00h Acompanhada Condução própria	Duração: 10 minutos Onde: Sala pós-exame Como: Cliente sentada com profissional de pé.	IDATE: Moderado FC: 60 bpm FR: 20 ipm PAS: 130 mmHg PAd: 60 mmHg Anti-hipertensivo.	T. espera: 2:40h IDATE: Elevado FC: 64 bpm FR: 24 ipm PAS: 162 mmHg PAd: 70 mmHg Anti-hipertensivo.	T. Total: 4:20h Traço: Moderado Feminino 75 anos Aposentada Analfabeta DAC DLP DM HAS AI ICC IRC Miocardiopatia hipertrófica

(como mencionado, um exemplo)

11 - ANEXOS

Anexo A

Comitê de ética

Anexo BObservação 01

7:00h - Cliente vindo de Monte Alto (SP) em ônibus da prefeitura municipal, em companhia de sua esposa para a realização de cateterismo cardíaco. Procedimento finalizado às 8:15h e já realizada indicação de angioplastia coronária ao cliente e comunicado a sua esposa. Levado a sala de pós-procedimento onde foi instalado pela pesquisadora SF 0,9% 500 ml a 26 gts/min com duas ampolas de fluimucil em MSE, fossa anticubital e administrado por via oral 4 comprimidos de clopidogrel; conforme solicitação do residente em estágio na hemodinâmica às 8:45h. Depois de instalada a medicação, o cliente perguntou a respeito do procedimento que será realizado, sendo informado pela pesquisadora que a Enfermeira do setor iria realizar as orientações pertinentes ao procedimento de angioplastia a ele e a sua esposa. 9h realizado esclarecimento a respeito da pesquisa que está sendo realizada, seus objetivos, métodos, instrumentos aplicados, garantias e riscos, duração, sigilo e retorno quanto aos resultados da investigação, com assinatura do termo de consentimento pelo cliente e iniciada coleta de dados da primeira etapa. Às 10: 15h foi realizado orientações pertinentes ao procedimento pela funcionário R quanto a: local, anestesia, duração, stent, cateteres, balão, placas de ateroma, isquemia cardíaca, dor, internação, repouso e uso correto da medicação. 10: 40h foi realizada a segunda etapa da coleta de dados, depois o cliente começou a contar sobre a falta de ciúmes de sua esposa e o excesso de suas filhas, perguntou se a pesquisadora já havia se formado, sua idade, comentou a respeito da qualidade do atendimento prestado pelos funcionários deste setor e se o médico viria conversar com eles. Respondidas as indagações do cliente, este preferiu ficar sentado em cadeira estando de costas para a figura com as patologias cardíacas. Permaneceu por 40 minutos calado, olhando para o chão, mexendo constantemente com as pernas e os dedos das mãos. Após, foi ao banheiro acompanhado pela esposa, retornou em quinze minutos, com passos lentos e observando a estrutura do local. Às 12 h foi solicitado que se dirigisse ao banheiro para a colocação da calça do pijama fornecido pelo hospital e comunicado que o próximo exame a ser realizado será o seu e que já se conseguiu um leito na recuperação pós-anestésica. Retornou às 12:10h sendo então realizado a terceira etapa da coleta de dados e encaminhado o cliente para a sala de procedimentos às 12:40h. Onde o cliente disse que já não agüentava mais esperar para a realização da angioplastia.

Anexo CObservação 02:

7:30h Cliente chegou ao setor acompanhado pela cunhada, vindo de ônibus de sua prefeitura, em jejum. Após sua identificação na recepção, foi encaminhada para a sala de espera de onde foi chamada pelo funcionário C para conferência do uso correto das medicações prescritas, sendo então orientada a tomar uma vitamina mista de frutas e retornar ao setor para a realização do ECG. Saiu com a acompanhante e retornou ao setor às 9:10h, sendo chamada para a realização do ECG em dois minutos, sendo convidada pela pesquisadora para ir ao consultório onde se apresentou, realizou a coleta de dados da unidade, percebendo que o sobrenome da cliente havia sido escrito de forma incorreta, o corrigindo e depois esclareceu quanto à pesquisa (importância, finalidade, objetivos, métodos, instrumento de coleta de dados e comunicação *a posteriori* sobre os resultados do estudo. Deixou-as a sós no consultório para que pudessem tomar a sua decisão quanto a participação no estudo por 10 minutos. Retornando ao consultório às 9:45h obtendo a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A cliente comentou com a pesquisadora a respeito do barulho das pessoas conversando no corredor externo e ao ser perguntada se responderia o IDATE sozinha, a cliente solicitou a pesquisadora que ela realizasse a aplicação do mesmo, sendo que em sua primeira pergunta já relatou que se levantou às 3h para deixar almoço pronto, mas que das 7 até às 10h já havia conseguido descansar. Terminado a coleta de dados da primeira etapa às 10:20h, quando a cliente pediu para que sua acompanhante fosse embora, mas esta se recusou. Perguntou a pesquisadora se saberia dizer quando seria realizado o procedimento e a mesma respondeu que é o sexto procedimento agendado, mas como havia uma criança, provavelmente seria o primeiro ou segundo do período da tarde, por volta das 14:30h. Perguntou se era apenas ficar esperando e foi orientada que o funcionário C viria explicar-lhe como era o procedimento e que depois de ser coletada a segunda etapa dos dados, poderia dar uma volta pelos jardins do hospital. Sentou na sala de espera ao lado de sua cunhada e permaneceram caladas, com a cliente de cabeça baixa, olhando para o chão e alisando seu braço esquerdo com a mão direita. Às 11:20h o funcionário C chamou a cliente ao consultório, onde as colocou sentadas e iniciou a orientação quanto ao procedimento (local, punção, anestesia, dor, stent, repouso, internação, balão, cateteres, placas de ateroma, fatores de risco, alimentação, trombos, trajeto do cateter, função da angioplastia e vasos que irrigam o coração); durante toda a explicação a cliente se manteve calada, enquanto que sua cunhada tecia comentário e fazia perguntas. Terminada a orientação às 12:10h, sendo levada para a sala de espera onde se sentou próxima a porta de acesso ao corredor interno e mantendo-se calada, com olhar vago e dirigido para o chão com sua acompanhante a mantendo informada a respeito de todas as movimentações no corredor. Às 12:20h retornaram ao consultório em companhia da pesquisadora para aplicação da segunda etapa da coleta de dados, que teve seu término em 15 minutos, e a cliente começou a dizer que fica mais fácil estar em um hospital onde as pessoas são alegres e simpáticas como a pesquisadora e o funcionário C, que isto as deixa muito mais calmas e a vontade. Depois perguntou quem era o médico residente, que havia conversado com ela ao telefone e quem iria fazer seu exame. Foi explicado que Carlos era o residente encarregado de marcar os procedimentos e que a pessoa que faria seu exame seria um contratado

juntamente com um residente, depois de deixarem o consultório (12:40h) foram encaminhadas até a capela do hospital, conforme solicitação da cliente e perguntaram por quanto tempo poderiam ficar fora do setor, sendo orientadas a estar de volta próximo das 14h. Retornaram ao serviço às 13:50h, sentou-se na última cadeira da sala de espera e manteve sua cabeça encostada na parede, olhando para o teto e não ouvindo o que era dito por sua cunhada e outra cliente próxima, que conversavam, ao me aproximar para comunicar a cliente de que entraria em sala em uma hora e meia, a mesma se assustou, que logo depois de me afastar assumiu a mesma posição e comportamento. Às 15h foi solicitado à cliente que colocasse o pijama que estava sendo fornecido pelo hospital, sem as peças íntimas e esvaziar completamente a sua bexiga. Foi ao banheiro acompanhada por sua cunhada e permaneceu por lá durante 20 minutos. Retornou ao consultório, conforme orientação dada pela pesquisadora, de onde foi realizada a terceira etapa da coleta de dados e encaminhado a mesma até a sala de procedimentos às 15:35h.

Anexo DObservação 03:

Cliente admitido no setor para a realização de angioplastia coronária, às 7:30h vinda de ônibus do seu município, acompanhada por uma de suas filhas, encontrava-se na sala de espera, de onde foi chamada pelo funcionário C para o corredor interno e questionado a respeito do uso adequado das medicações e solicitado a mesma que não fumasse; sendo logo apresentada a pesquisadora pelo funcionário, que já solicitou a cliente que a acompanhasse até o consultório e logo depois de entrar a cliente já relatava a pesquisadora que está se sentindo nervosa com o procedimento e que desde que foi avisada de sua data não tem conseguido dormir adequadamente. A pesquisadora solicitou que se sentasse, se apresentou, apresentou seu trabalho, as condições para sua realização (riscos, benefícios, garantias, instrumentos de coleta de dados, métodos, duração) e assim obteve a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pela cliente (apo permanecer por dez minutos a sós com a filha no consultório) e iniciado a coleta de dados da primeira etapa às 8:40h. depois foi orientada pelo funcionário C a fazer um lanche leve e dar uma volta pelos jardins do hospital, retornando ao setor às 10 h. Retornou ao serviço às 10:40h, cheirando a cigarro e já foi chamada pelo funcionário B para as orientações pertinentes ao procedimento (local, punção, anestesia, contraste, cateterismo, stent, cateteres e dor) Após dez minutos foi chamada para o consultório onde se realizou a coleta de dados da segunda etapa (11:20 h) sendo que durante o processo a cliente iniciou choro e afirmou que estava se sentindo muito nervosa com a angioplastia e que não vê a hora disto tudo terminar. Recomposta, foi encaminhada para a realização do ECG e ao sair da sala (11:30 h) retornou ao consultório onde recebeu o pijama do hospital e as orientações para retirar as peças íntimas e esvaziar a bexiga, sendo então realizada a coleta de dados da terceira etapa e a cliente afirmou que não gostou da forma com que o enfermeiro a orientou e que estava se sentindo mais nervosa ainda (sendo que durante todo o período da coleta de dados da terceira etapa a cliente esteve chorando). Às 11: 45h, depois de passar dez minutos no banheiro em companhia da filha, retornou e foi encaminhada para a sala de cateterismo e sua filha para a sala de espera com os seus pertences.

Anexo EObservação 04:

8:00h - Cliente comparece ao serviço, vindo de condução própria, acompanhado pela filha, deambulando, para a realização de angioplastia. Apresentou-se na recepção, sendo então encaminhado para a sala de espera, onde ficou sentado ao lado da filha em silêncio até que o funcionário C o chamou para o corredor interno da unidade para a conferência das medicações em uso, retornando para a sala de espera de onde foi chamado pela pesquisadora para o consultório, onde recebeu as orientações pertinentes ao estudo que está sendo realizado (finalidade, importância, objetivos, métodos, instrumentos, riscos, benefícios e garantias). Administrado um comprimido de clopidogrel, via oral, conforme solicitação do médico residente em estágio na hemodinâmica e deixado a sós para a definição de sua participação durante quinze minutos. Retorna a sala o pesquisador, assinado o termo de consentimento se dá início a coleta de dados da primeira etapa; terminado a coleta de dados, o cliente relata que havia ganhado na loteria com o número de identificação que escolheu, e assim pode comprar um terno, quatro camisas, suas alianças e um par de brincos para sua futura esposa (há 45 anos) depois contou que deixou de fumar em 1962, ano em que sua filha nasceu e acrescenta que as duas melhores coisas que fez em vida foram ter se casado com sua esposa e ter deixado de fumar. Deixaram o consultório e foram se sentar no corredor externo (10h). Conversaram a respeito da organização do serviço, do local escolhido para se sentarem ser mais arejado, comentou a respeito de sua internação anterior e do conseqüente emagrecimento de dois quilos; depois começou a conversar com outro cliente a respeito dos problemas de saúde de sua família – história de dois IAMs de seus irmãos. Às 10:30h foi chamado pela auxiliar de enfermagem Estela para entrega de pijama do hospital e solicitação de que o vestisse pois seria necessário instalar SF 0,9% para hidratação, sendo ensinado por esta onde se localizava o banheiro, indo acompanhado pela filha que o aguardou do lado de fora. Retornou às 10:50h para a sala pós-exame, onde foi puncionado pelo funcionário R e instalado soroterapia a 40 gts/min. Sendo mantido sentado em sofá ao lado da filha em silêncio, observando a movimentação no corredor interno, recostado (permaneceu assim por 20 minutos). Às 12:10h o cliente resolveu ficar deitado em maca próxima das janelas e questionou a pesquisadora sobre a necessidade de se ter um ar condicionado tão frio na sala de procedimentos; explicado a necessidade da baixa temperatura pelos aparelhos eletrônicos e para se evitar risco de infecção. Fornecido cobertor, o cliente agradeceu e se manteve quieto, pensativo, com olhar vago. Perguntado sobre o que pensava, respondeu que era sobre o seu problema e voltou a se calar. Quinze minutos mais tarde começou a conversar, dizendo que a idade amolece as pessoas, as deixa mais amorosas, por isto que os avós são tão meigos e agem de modo tão diferente do que foram com os filhos. Às 13h o funcionário C orientou o cliente quanto ao local, anestesia, trajeto, dor, stent, cateteres, reoclusão, repouso e internação. Dez minutos depois do término das orientações foi aplicado o segundo momento da coleta de dados (13:25h) depois um cliente que se encontrava na sala puxou assunto comentando do medo que tem de hospital, mas o cliente não se manifestou, permaneceu calado, adormecendo a seguir e mantendo padrão de sono por 1:30h. Quando acordou começou a conversar a respeito de times de futebol, afirmou ser corintiano e falou com gosto do último campeonato de futebol onde o palmeiras foi rebaixado; depois contou a respeito dos seus colegas de enfermagem que queriam comprar

saches de sal para colocar na comida do hospital e que depois da alta se encontrariam para comer uma leitoa a pururuca. Foi então avisado pela auxiliar Maria de Lourdes de que entraria em sala dentro de uma hora, o que fez o cliente se calar novamente. Depois de vinte minutos foi orientado a esvaziar a bexiga completamente, o que fez em um papagaio, com as cortinas fechadas e auxílio da filha, foi colocado sentado, aferido seus sinais vitais e iniciado coleta de dados da terceira etapa. Terminado a coleta foi encaminhado a sala de procedimentos, onde deu entrada às 16h.

Anexo FObservação 05:

8:00h – Cliente comparece ao serviço acompanhada por 2 filhos, vinda em condução própria, após passar pela recepção foi encaminhada para a sala de espera de onde foi chamada pelo funcionário C para averiguação do uso correto das medicações que afirmou não haver feito. Retorna a sala de espera onde se senta ao lado dos filhos e permanece em silêncio, sendo chamada pela pesquisadora às 8:15h para o consultório onde recebeu os esclarecimentos com relação à pesquisa que está sendo realizada (importância, finalidade, objetivos, métodos, instrumentos, riscos, benefícios e garantias) deixando a cliente com sua filha na sala por dez minutos. Retorna a sala às 9h para assinatura do termo de consentimento e aplicação do instrumento da primeira etapa da coleta, sendo que quando o filho chegou ao consultório, foi necessário repetir todas as informações dadas a cliente e sua filha e enquanto o filho lia os termos de esclarecimento e consentimento junto do instrumento de coleta de dados a cliente contava a respeito da neta de 3 anos, que chama todos de feiosos, que é muito inteligente, que andou e falou aos 9 meses de idade; depois ao perguntar sobre seu estado civil, falou que homem dentro de casa é atraso de vida, que criou sozinha seus 9 filhos, sendo pai e mãe deles e que se fosse a pesquisadora nunca se casaria. Foi informada de que poderia tomar uma vitamina de frutas junto com a medicação que não tomou em casa. Foi, a cliente, encaminhada para a sala de espera depois de 30 minutos, indo se sentar em banco próximo à parede, junto com o filho e permaneceu aguardando ser chamada para a realização de uma punção. 10:30h foi solicitado que fosse ao banheiro vestir a camisola do hospital e ao retornar foi realizada tentativa de punção em MSE pelo funcionário E, e administrado as medicações da cliente com a vitamina que o filho foi buscar; tentado puncionar veia da cliente por duas vezes pela pesquisadora, mais uma vez por outra auxiliar de enfermagem, o que estava deixando a cliente nervosa e esta dizia que não agüentava mais levar picadas e que sua vontade era de ir embora sem fazer nada. Encaminhada para a sala de ECG, onde permaneceu por 10 minutos e retornou a sala pós-exame, às 10:50h, onde foi puncionada por um técnico de enfermagem, sendo instalado SF 0,9% 500ml com duas ampolas de fluimucil a 26 gts/min. Depois de longo silêncio iniciou conversa a respeito de caminhadas, alegando que não são tão eficientes e que conhece muitas pessoas que faziam caminhadas e que morreram rápido e por isto se recusa a fazê-las. Depois de esclarecida quanto aos benefícios da caminhada, mas a necessidade de se fazer o restante do tratamento concomitantemente a cliente mudou de assunto, dizendo que a única coisa que a faz ter paciência e que gosta muito de fazer é passar dias na beira de um rio, em seu estaleiro. Depois o assunto se modificou novamente para o cigarro e suas consequências, afirmando que deixou de fumar por haver percebido que é uma grande bobagem e um gasto imenso de dinheiro. Às 12h foi realizada as orientações do procedimento pelo funcionário E (anestesia, local, colocação de campos, punção, cateteres, stent, dor, internação, repouso, alta, vontades em sala de procedimento e balão), que durou cerca de 10 minutos e até a segunda etapa da coleta de dados, a cliente se manteve em silêncio, com olhar vago para a maca a sua frente. Iniciada a coleta de dados da segunda etapa às 12:20h com término em 20 minutos, sendo acompanhada pela filha ao banheiro, apresentando passos lentos e curtos, observando o corredor e os demais clientes que ali se encontravam sentados, com expressão de receio na face, e retornando em 15 minutos. Retornou o assunto de pescaria

no Mato Grosso, contando que lá tem muitos peixes grandes e que quando está por lá não faz mais nada que não seja pescar. Perguntou quando iria fazer o seu exame e disse que está com pressa e que não concorda de ser sempre a última a fazê-los. Expliquei que o Dr estava almoçando enquanto a sala era limpa e que dependeria do horário de chegada do médico contratado para ser o procedimento dela feito antes do cliente que vinha da U.E. Às 13:30h deu entrada no serviço o cliente vindo da U.E. e foi colocado em sala, sendo avisado a cliente que seu procedimento seria atrasado em 40 minutos. Às 13:50h foi ao banheiro, novamente, acompanhada pela filha (apresentando passos lentos e curtos, observando o corredor e os demais clientes que ali se encontravam sentados, com expressão de receio na face), demorando 20 minutos para retornar a sala de pós-exame. Às 14:15h foi realizada a última etapa da coleta de dados, sendo que até este momento se manteve em silêncio, com olhar fixo no vazio, cabisbaixo. Solicitado que fosse ao banheiro esvaziar a bexiga e retirar a calcinha, o que levou 20 minutos, em companhia da filha (apresentando passos lentos e curtos, observando o corredor e os demais clientes que ali se encontravam sentados, com expressão de receio na face), sendo deixada dentro da sala de procedimento às 14:40h.

Anexo GObservação 06:

8h Cliente chegou ao setor acompanhado por sua esposa, vindo de ônibus coletivo. Chamado para a sala de consultas, onde se pode perceber déficit auditivo leve. A pesquisadora apresentou-se, e iniciou esclarecimento quanto a pesquisa que está sendo realizada pela mesma (finalidade, objetivos, métodos, garantias, riscos, duração e retorno ao cliente) deixando a sós por quinze minutos para leitura dos instrumentos e resolução quanto a sua participação ou não no estudo. Retorno ao consultório, onde obtenho consentimento e inicia a coleta de dados, primeira etapa, sendo que depois a acompanhante contou que era técnica em enfermagem no Hospital São Lucas, que foi lá que conheceu seu marido, que estão casados a cinco anos, que está depressiva depois que se aposentou, que gosta demais dele e que está preocupada com a realização do procedimento. Foi acalmada pela pesquisadora, sendo explicado que o procedimento é seguro, que se tem vários profissionais gabaritados dentro da sala, que há respaldo de outros setores, que todos os riscos são controlados e que se não houvesse indicação para o cliente realizar este tipo de procedimento ele não teria sido chamado. Depois o cliente começou a contar que criou os cinco filhos sendo motorista, que conhece todas as estradas deste país, que já tem dois bisnetos e sua companheira acrescentou que seus netos gostam mais dele do que dela. Terminado o assunto (9:30h), o cliente foi encaminhado para a sala de espera onde sentou-se no corredor externo junto de sua esposa e recostado na parede dormiu por 1 hora, quando foi chamado para a realização do ECG. Foi então orientado pelo funcionário C a realizar um lanche leve, pois o procedimento seria realizado apenas no período da tarde. Saiu do setor acompanhado pela esposa e foi a lanchonete onde permaneceu por mais 1 hora. Retornou ao serviço às 11:40h, quando foi chamado pelo funcionário C e orientado quanto ao procedimento: local, anestesia, punção, cateteres, balão, dor, stent, placas de ateroma, dieta, exercícios físicos, repouso, internação, uso correto das medicações. Depois de dez minutos foi realizada a coleta de dados da segunda etapa, sendo que o cliente esteve reclamando da demora em se realizar o procedimento, que já estava ficando nervoso com toda esta enrolação, que não tinha o dia inteiro para perder no hospital e ter de ir embora sem fazer nada do que foi previsto. Explicado ao mesmo como se dava o funcionamento do setor, os motivos pelos quais estava se demorando muito para que fosse chamado para fazer o procedimento e que depois da próxima coleta de dados ele estaria entrando em sala (12:30h.). Levado novamente para a sala de espera, onde já não conseguiu mais permanecer sentado, caminhou durante 50 minutos por entre as cadeiras, com as mãos para trás, olhando para o chão, com passos duros e rápidos, sem ouvir sua esposa que pedia para que se sentasse e tentasse se acalmar. Às 13:15 foi ao banheiro sozinho, retornando em 10 minutos, sentou-se de braços cruzados, com a cara fechada, e acabou por dormir por mais 1 hora até que foi chamado pela pesquisadora para a realização da última etapa da coleta de dados (14:30h.) sendo orientado a ir ao banheiro, vestir o pijama que estava sendo fornecido pelo hospital e esvaziar a bexiga completamente. Retornou em 20 minutos, já sendo deixado em sala.

Anexo HObservação 07

7:30h – Cliente comparece ao serviço, desacompanhado, para a realização de angioplastia; depois de identificar-se na recepção, foi solicitado que aguardasse ser chamado na sala de espera. Às 8h o funcionário C chamou-o para confirmação do uso correto das medicações de uso contínuo e a identificação do não uso do clopidogrel, que foi administrado na dose de quatro comprimidos via oral no mesmo instante, na sala de pós-exame. Solicitado que acompanhasse a pesquisadora até o consultório para apresentação pessoal e esclarecimento quanto a pesquisa (finalidade, importância, objetivos, métodos, instrumentos de coleta de dados, riscos, benefícios e garantias do estudo.) Obtida assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, dez minutos depois de passadas as informações sobre o estudo; sendo que antes de iniciar a coleta de dados, o cliente reportou a pesquisadora que esteve morando no Acre por oito anos, onde trabalhou como seringueiro e depois foi para o Pará trabalhar como garimpeiro em Serra Pelada e em 1986 vindo para Ribeirão Preto, onde trabalha como autônomo e não pagar regularmente o INSS, fazendo com que não possa se aposentar; Depois iniciou conversa a respeito de opção religiosa. Mudado de sala e então realizado a coleta de dados referentes a primeira etapa às 10h; sendo explicado a localização do banheiro ao mesmo, conforme solicitação, e avisado sobre a necessidade de fazer um ECG, para o qual seria chamado em breve. Enquanto foi ao banheiro, foi comunicado ao residente em estágio na hemodinâmica sobre valor pressórico apresentado pelo cliente, sendo solicitado pelo mesmo a administração de 50 mg de captopril e 5 mg de diazepam por via oral. Ao chegar na sala de pós-exame foi administrada medicação solicitada e encaminhado o cliente para a sala de espera, onde se manteve alternando momentos em que permanecia sentado e outros em que permanecia deambulando pelo local, sempre calado com ar pensativo. Às 11:50h foi chamado pelo funcionário B para as orientações sobre o procedimento na sala de pós-exame (local, punção, anestesia, cateteres, stent, dor, internação, uso do pijama hospitalar e repouso) retornando para a sala de espera. Depois de dez minutos, foi novamente chamado, para o consultório, pelo pesquisador para a realização da segunda etapa da coleta de dados; sendo novamente conduzido para a sala de espera do setor onde permaneceu sentado em cadeira conversando com uma cliente a respeito do funcionamento de sua máquina (coração) e das complicações que passou desde que teve o primeiro IAM (colesterol, dietas, hipertensão, exercícios físicos). Mudou-se de lugar e com outro cliente começou a conversar a respeito de política e de sua falta de medo da morte e de morrer. Comentou sobre seus filhos (formação e profissão) e seu neto, que diz ser a coisa mais linda deste mundo, admitindo ser muito coruja. Às 13:30h Juntou-se a um grupo de cinco clientes do setor, todos em pé, discutiam a respeito de formação religiosa e opção de crença, bem como os aspectos éticos de se abordar uma pessoa e se apresentar uma nova opção religiosa a ser aceita e seguida, depois começaram a falar a respeito de adoção de crianças ou criar filhos de outras pessoas, afirmando que por mais que gostem dos pais adotivos não tem o mesmo respeito que os próprios filhos; sendo dirigido o assunto para as doenças cardíacas em pessoas conhecidas e em si mesmos. Às 14 horas foi chamado pelo pesquisador para o consultório onde se realizou a coleta de dados da terceira etapa, e foi orientado a vestir o pijama do

hospital e esvaziar completamente a bexiga, sendo encaminhado para o banheiro, de onde retornou às 14:20h, sendo deixado em sala de procedimentos.

Anexo IObservação 8

Cliente renal crônico, há um ano em hemodiálise, na fila de espera para transplante renal; cegou ao serviço às 7h vindo de ônibus da prefeitura de sua cidade, sozinho. Encontra-se com olhos arregalados, voz trêmula e cabisbaixo. Relata que não se sente seguro para o procedimento e que pensou em ir para a hemodiálise e depois ir embora. Foi informado quanto ao estudo, seus objetivos, método, procedimentos, garantias, ausência de riscos e custos. Assinou o termo de consentimento livre e esclarecido e respondeu a primeira etapa da coleta de dados, sendo encaminhado para a sala de espera onde se sentou isolado, sem conversar com os demais clientes, curvado para frente apoiando o peso do corpo sobre os braços, olhar vago, voltado para o chão com feição triste (9:15h). Às 9:30h foi orientado pelo funcionário B quanto ao procedimento (duração, internação, repouso, punção, tipos de cateteres, anestesia local, dor, stent, introdutor, tempo de espera, ECG, alta, roupas e jejum). Após dez minutos, foi encaminhada para o consultório onde se procedeu a coleta do segundo momento dos dados, sendo que o cliente relatou não se sentir bem orientado. (encontrava-se cochilando na cadeira quando foi chamado para o segundo momento da coleta de dados), e perguntou como é que fazíamos para contar a frequência respiratória. Foi ao banheiro com passos largos e cabeça baixa, voltando para a sala de espera (9:50h). 10:20h foi sozinho até a UTR, retornando em 10 minutos e sendo avisado de que logo faria o ECG, o que ocorreu às 10:37h. Funcionária da UTR veio ao setor procurar o cliente para avisá-lo sobre a suspensão da seção de hemodiálise de hoje devido ao procedimento que seria realizado (10 minutos). Retornou para a sala pós-exame, sentando-se no sofá entre os demais clientes, com quem conversou por 40 minutos a respeito de sua condição de saúde, da vontade de ser transplantado e do medo que sente deste procedimento (manteve-se todo o tempo de cabeça baixa, apoiado sobre os cotovelos, sem olhar para os outros clientes). Chamado às 11:25h para a última etapa da coleta de dados, em consultório, onde depois de ter preenchido o formulário recebeu orientação para vestir o pijama do hospital e esvaziar completamente a bexiga. Pediu então ao pesquisador que ficasse dentro da sala durante o procedimento e foi-lhe explicado que não seria possível, sendo então pedido para que o pesquisador o visitasse onde quer que ele fosse ficar internado, pois gostaria de conversar mais com a pesquisadora. Perguntou onde poderia estar deixando seus pertences durante o exame e foi dito que ficariam em sala, junto com ele. Permaneceu por 10 minutos dentro do banheiro masculino, sendo que deambulou o tempo todo de cabeça baixa. Deixado em sala com o técnico de enfermagem escalado para a sala de procedimentos às 11:40h.

Anexo JObservação 9

7:00h - Cliente vindo de Passos de Minas (MG) em ônibus da prefeitura municipal, acompanhado por sua esposa para a realização de angioplastia coronariana. 8:15h foi chamado pelo funcionário C para conferência do uso adequado das medicações prescritas. Levado a sala de pós-procedimento onde foi orientado a vestir o pijama fornecido pelo hospital, pois deveria ser instalado pela pesquisadora SF 0,9% 500 ml a 26 gts/min com duas ampolas de fluimucil em MSE, fossa anticubital conforme solicitação do residente em estágio na hemodinâmica, o que ocorreu depois de seu retorno do banheiro, às 8:35h. Depois de instalada a medicação e colocado o cliente deitado em maca ao lado das janelas, o cliente perguntou a respeito do procedimento que será realizado, sendo informado pela pesquisadora que a um funcionário do setor viria realizar as orientações pertinentes ao procedimento de angioplastia a ele e a sua esposa. E já iniciado a realização do esclarecimento a respeito da pesquisa que está sendo realizada, seus objetivos, métodos, instrumentos aplicados, garantias e riscos, duração, sigilo e retorno quanto aos resultados da investigação, dando-se dez minutos ao cliente e sua esposa para que analisassem a proposta feita pela pesquisadora. Às 9:30h obtida a assinatura do termo de consentimento pelo cliente e iniciada coleta de dados da primeira etapa; a acompanhante perguntou se o médico viria conversar com eles a respeito do procedimento e se seria o mesmo que ligou quem estaria em sala para fazer a angioplastia e também se a enfermeira demoraria muito para vir fazer as orientações, explicado que o médico que telefonou para eles é residente e que ele acompanha o procedimento, mas quem o realiza é outro médico junto de um contratado do hospital, que ele viria conversar com eles assim que fosse possível e que as orientações de enfermagem seriam realizadas assim que a pesquisadora comunicasse o funcionário que já coletou a primeira etapa dos dados. Às 10: 05h foi realizada orientação pertinente ao procedimento pelo funcionário R quanto a: local, anestesia, duração, stent, cateteres, balão, placas de ateroma, isquemia cardíaca, dor, internação, repouso e uso correto da medicação. 10: 30h foi realizada a segunda etapa da coleta de dados, depois o cliente permaneceu imóvel na maca, com olhar fixo no forro, sem conversar ou escutar o que se estava sendo dito entre os profissionais, acompanhantes e demais clientes presentes na sala, enquanto isto, sua esposa conferiu as informações fornecidas pelo funcionário a respeito do procedimento com a pesquisadora e depois começou a contar sobre seus problemas de saúde (bico de papagaio e varizes) as medicações que estava fazendo uso sem a orientação ou acompanhamento médico, indo tomar um medicamento que trouxera para aliviar a dor que estava sentindo em suas costas. Foi orientada a procurar um ortopedista e fazer um tratamento adequado para os seus problemas de saúde. Mudou de assunto, perguntando se a pesquisadora já havia se formado, sua idade, comentou a respeito da qualidade do atendimento prestado pelos funcionários deste setor, que nem mesmo quando pagava convênio médico eram tão bem atendidos. Às 11: 15h foi aplicado o terceiro momento da coleta de dados, sendo solicitado ao cliente que fosse ao banheiro para esvaziar a bexiga completamente, acompanhado pela esposa, retornando a sala de consultas para que fosse pesado e medido. Dirigiu-se ao mesmo com passos lentos e observando a estrutura do local, com demora de 15 minutos. Às 11:30 h foi encaminhado o cliente para a sala de procedimentos.

Anexo LObservação 10

7:30h -Cliente comparece ao setor para realização de angioplastia, vinda de ônibus de seu município, acompanhada pelo esposo, após identificação na recepção do serviço foi encaminhada para sala de espera. Recepcionada pelo funcionário C às 8h, sendo confirmado o uso correto das medicações e encaminhada para conversa com a pesquisadora às 8:40h, onde recebeu as informações sobre o estudo e seu esposo falou a respeito de se mexer no coração dela, de suas preocupações com o exame, de sua vontade de transferir os problemas dela para si mesmo (enquanto isto, a cliente se manteve cabisbaixa, com olhar vago e para o chão, coçando seu pescoço. Deixado o casal a sós no consultório para que se decidissem quanto a participação no estudo por dez minutos. Às 9:50h obtido assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e realizado a coleta de dados da primeira etapa e permanecendo em sala falando a respeito do tipo de conhecimento que as pessoas mais velhas trazem por sua experiência de vida e não pelo estudo; dos avanços obtidos pela medicina no passar dos anos, da alegria em saber que o procedimento será realizado hoje (rapidez) e que o é preferível, ao invés da cirurgia cardíaca. Retornou a sala de espera onde se manteve calada ao lado do marido, sentados. Às 10:30h foi orientada pelo funcionário C a realizar um lanche leve e ir ao serviço de prontuário fazer a abertura de sua pasta neste serviço. Retornou ao serviço às 11:45h acompanhada pelo esposo, sendo chamada para fazer o ECG em 10 minutos e retornando para a sala de espera onde se manteve sentada ao lado do marido, recostada na cadeira, calada, sem ouvir o que acontecia a sua volta, absorvida em seus pensamentos. Às 13h foi orientada pelo funcionário C quanto ao procedimento (local, anestesia, internação dor, cateteres, stent, obstrução e repouso da perna) após dez minutos foi levada ao consultório onde se realizou a coleta da segunda etapa dos dados e permaneceu conversando com a pesquisadora a respeito de trabalho na cidade pelos filhos, na vida sozinhos na fazenda, na importância de se dar uma boa educação para os filhos, fazendo com que se tornem pessoas úteis e dispostas. Retornaram a sala de espera, sentando-se em cadeira próxima do corredor externo e se manteve em silêncio, ao lado do esposo, com a cabeça baixa sendo sustentada pelo braço direito, sem recostar-se por uma hora. Levantou e encostou-se na parede, em frente a porta de acesso ao corredor interno, onde manteve seu olhar fixo e em silêncio. Às 16 horas foi chamada para a terceira etapa da coleta de dados com posterior orientação para vestir o pijama fornecido pelo hospital e esvaziar completamente a bexiga (16:30h) Às 16:50h foi levada para dentro da sala de cateterismo.

** Sempre que terminava de responder ao IDATE afirmava que havia respondido tudo errado.

Anexo MObservação 11

8h- cliente chega acompanhada por sua irmã ao setor, vinda em condução própria, passando pela recepção de onde foi encaminhada para a sala de espera, onde não teve tempo de se sentar, pois foi chamada pelo funcionário C para a sala de pós-exame, onde fez a conferência do uso adequado da medicação e mantido na sala, sentado em frente a porta, observando-a em silêncio. Ao entrar na sala a pesquisadora o reconheceu por tê-lo visto há pouco tempo, quando veio ao serviço fazer o cateterismo cardíaco, solicitou ao mesmo que a acompanhasse até o consultório, onde se apresentou ao cliente e expôs sobre a pesquisa que está sendo realizada, seus objetivos, métodos, instrumentos de coleta de dados, importância e finalidade, deixando o cliente a sós com a irmã para que resolvesse quanto a sua participação no estudo. Retornou em 15 minutos para ter a posição do cliente (8:45h), sendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido e iniciado a coleta de dados da primeira etapa, sendo feito pelo próprio cliente, sendo encaminhado a sala pós-exame onde foi solicitado que vestisse o pijama que estava lhe sendo entregue, no banheiro, pois o médico havia pedido para que fosse instalado SF 0,9% 500 ml para hidratação, em fossa anticubital direita, por um auxiliar de enfermagem (9:30h). Permaneceu em silêncio por mais de 15 minutos, olhando na direção da porta; depois começou a conversar com sua irmã, queixando-se de que não ia visitá-la tanto quanto gostaria porque São Carlos era uma cidade muito fria e ele não gostava de sentir frio ao mesmo tempo em que a mesma respondeu; lhe que não vinha mais a ribeirão Preto exatamente pelo motivo inverso, e que todas as vezes que está por aqui acaba passando mau, tendo mau estar, mas mesmo assim não deixa de vir visitá-lo. Às 9:55h o funcionário C entrou na sala, sentou-se próxima a eles e iniciou a orientação com relação ao procedimento (local, anestesia, punção, agulha, cateteres, balão, stent, trajeto, dor, placas de gordura, repouso, duração, internação e monitorização.). Às 10:20h foi realizada a coleta da segunda etapa dos dados, depois do cliente e sua acompanhante permanecerem calados por 10 minutos, com olhares vagos e ar pensativo. Terminada a coleta dos dados o cliente foi encaminhado para a realização de ECG, onde passou 10 minutos e depois foi ao banheiro, sozinho, com passos firmes e cabeça erguida, retornando a sala de pós-exame às 10:50h, onde logo que chegou começou a conversar a respeito de mexerem em seu coração com a sua irmã, do medo que está do procedimento, pois o acha muito perigoso essa estória de se colocar arames em seu coração, sua irmã afirma que a equipe era muito bem preparada, que estão acostumados a fazer este tipo de procedimento e que ele está em um dos melhores hospitais do país, que nada poderia sair errado. Às 11h convidei-o para ir ao consultório novamente para que realizássemos a terceira etapa da coleta de dados, terminada, solicitei ao cliente que fosse ao banheiro para esvaziar completamente a sua bexiga e assim que retornasse entraria em sala para a realização do procedimento. Deixado em sala às 11:20h.

Anexo NObservação 12

7:30h Cliente comparece ao setor, vindo de ônibus da prefeitura de seu município, acompanhado pela esposa. Relatou ao funcionário C que fez um lanche leve ao levantar-se e que está fazendo o uso correto das medicações indicadas. Às 8:20h foi chamado pela pesquisadora para receber os esclarecimentos quanto ao estudo que está realizando, em consultório, e posterior obtenção da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Depois das explicações pertinentes ao estudo, permaneceu sozinho por 15 minutos para leitura e análise do material apresentado pela pesquisadora (8:45h); Iniciada a coleta da primeira etapa dos dados que se encerrou às 9:10h, sendo orientado quanto a não realização de ECG por tê-lo feito há cinco dias neste serviço e encaminhado para a sala de espera, onde se sentou próximo de sua esposa (primeira fila, nas últimas cadeiras, próximo do corredor externo). Às 10:05h o cliente se encontra de pé, recostado na parede, perto da recepção do serviço, calado, com olhar vago em uma mesma direção, afastado de sua esposa que se mantém sentada no mesmo local e prestando muita atenção na porta de acesso a unidade. 10:30h sentou-se ao lado de sua esposa e se mantém calado, de cabeça baixa e olhar distante com as mãos em movimentos constantes, permanecendo desta forma até às 12:40h, quando foi liberado para um passeio pelos jardins do hospital, com retorno em 40 minutos. Aproveitou a abordagem para queixar-se do chá de cadeira que estava tomando. 13h retornou junto de sua esposa para a sala de espera, sentou-se sustentando sua cabeça com as mãos, olhando para baixo e batendo os dedos da mão direita no rosto, em silêncio e sem perceber as movimentações locais. 13:50h Comunicado ao cliente a existência de leito para sua internação e confirmada a realização do procedimento. 14:15h Chamado pelo funcionário A, que lhe entregou o pijama do hospital e pediu que fosse até o banheiro e trocasse de roupa antes das orientações e se dirigisse para o consultório, onde foi orientado quanto ao procedimento (punção, anestesia, cateter, stent, dor, internação) e foi questionado a respeito do filme de CAT anterior, o levando consigo para a sala de cateterismo. Às 14:35h foi chamado pela pesquisadora para coleta de dados da segunda etapa; sendo encaminhado para a sala pó-exame, onde aguardaria até o momento de realizar o procedimento. 14:50h Chamado pela pesquisadora, ao consultório, onde se procedeu a terceira etapa da coleta de dados, com posterior orientação para que se dirigisse ao banheiro para esvaziar a bexiga. Seu trajeto até o banheiro foi com passos curtos, cabeça baixa e olhar atento. Retornou e deu entrada na sala de procedimentos às 15:10h.

Anexo OObservação 13

7:30h cliente deu entrada no setor acompanhado pelo filho e pela nora, vindo de ônibus da prefeitura municipal de sua cidade; após identificar-se na recepção foi encaminhado para a sala de espera, onde esperou por 40 minutos até que o funcionário C o chamou para saber se havia tomado todas as medicações, dizendo que não encontrou a medicação chamada plavix, sendo encaminhado para a sala de espera. Às 9h foi chamado pela pesquisadora para receber os esclarecimentos com relação ao estudo e posterior obtenção da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, juntamente com seus acompanhantes em sala pós-exame, onde permaneceu por mais dez minutos sozinho com os acompanhantes para decisão quanto a sua participação. 9:50h Assinado termo de consentimento e coletado a primeira etapa dos dados, sendo orientado quanto à necessidade de se realizar um ECG em seguida e administrado quatro comprimidos de clopidogrel, via oral, conforme orientação médica. Deu entrada na sala um novo cliente e começaram a conversar a respeito da alimentação sem sal e gordura e contaram que não tem boa aceitação da dieta oferecida pelo hospital e logo a seguir começaram a discutir sobre a forma de atendimento recebida na enfermaria por funcionária do período noturno. Às 11:40h foi chamado para realização de ECG, retornando em dez minutos para a sala onde estava. Às 12h foi orientado pelo funcionário C quanto a anestesia, internação, dor, stent, local, punção e cateteres. Depois de dez minutos, a pesquisadora realizou a coleta da segunda etapa dos dados, em consultório, período em que o cliente admitiu estar se sentindo nervoso com o procedimento. Retornou a sala pós-exame junto de seus acompanhantes, onde permaneceu calado, sentado na beirada da cadeira, com o rosto apoiado nas mãos, olhando para o chão e coçando seu rosto. Às 13h foi solicitado que respondesse a terceira etapa da coleta de dados, solicitado que vestisse o pijama fornecido pelo hospital e esvaziasse completamente a bexiga, para que pudesse entrar em sala. Deu entrada na sala de cateterismo às 13:10h.

Anexo PObservação 14

Chegou ao serviço às 7h, acompanhado pela esposa, vindos de coletivo. Às 8h foi chamado pelo funcionário C para saber se está fazendo uso correto da medicação prescrita, sendo logo depois conduzido a um consultório para receber informações a respeito da pesquisa (esclarecimento ao sujeito) que está sendo realizada e obter o seu consentimento. Depois dos devidos esclarecimentos e apresentações, o sujeito permaneceu, junto com sua esposa, sozinho no consultório para que lesse o termo de consentimento e o esclarecimento aos sujeitos da pesquisa e caso concordasse os assinasse. Dez minutos depois retorna a pesquisadora ao consultório para ter a resposta do sujeito e assim aplicar a primeira etapa da coleta de dados. Durante todo o tempo o cliente esteve fazendo brincadeiras sobre morrer, sobre o custo dos medicamentos, e seu estado. Às 9: 10h terminado a primeira etapa da coleta de dados e feito o esclarecimento de dúvidas do cliente quanto a internação, alta e limitações impostas pelo procedimento. Às 9: 20h foi encaminhado a sala de espera onde ficou conversando com os outros clientes do setor sobre comidas gordurosas e fazendo piadinhas com relação a morte e a permanência dos corpos sozinhos no velório durante a madrugada; Dez minutos depois, calou-se e sentou ao lado de sua esposa no corredor externo (houve interrupção no fornecimento de energia por 15 minutos) Às 9:40h foi ao banheiro e ao retornar a energia voltou, aproveitando o encontro com o funcionário B, no corredor, para perguntar se agora as coisas iriam andar e foi orientado a fazer um lanche leve, saindo do setor, junto de sua esposa, após comentar a orientação com os demais clientes ali presentes. Às 10:10h retornou ao serviço e se manteve de pé, recostado na parede, próximo da recepção, conversando com mais cinco clientes a respeito do cateterismo, uso de viagra, presença de dor precordial, teceu comentários a respeito da falta de energia e começou a falar das dificuldades que se tem hoje em dia para a liberação de um corpo; Sentou-se e continuou conversando, levantou-se novamente e mudou de assunto, agora falando a respeito de paixões e de bar (não conseguia se manter em uma mesma posição, movimentando-se o tempo inteiro) Junto de mais cinco clientes começaram a contar piadas. Às 10:45h foi chamado pelo funcionário B para a sala de recuperação pós-exame para a realização das orientações pertinentes ao procedimento (localização, punção, anestesia local, tipos de cateteres, objetivo terapêutico, dor pela insuflação do balão, stent, introdutor, tempo de espera, alta, ECG, roupa e jejum). O cliente pediu ao mesmo que jogasse limpo com ele e perguntou a respeito do risco de haver novo entupimento, mudanças na alimentação, uso de medicações, risco de ir para o IML e se há legista no serviço. Ao ser dispensado retornou a sala de espera e falou que se enrola muito para dizer as coisas e que isto não é necessário. Às 11:05 foi chamado para fazer o ECG e após foi encaminhado para a sala de pós-exame para a segunda etapa da coleta de dados, onde se manteve conversando sobre comida, tipo de alimentação, colesterol, diabetes, exercício físico e relatou que a dor do infarto dá a sensação de que o coração estivesse inchado e tentasse sair pela boca. Permaneceu sentado no mesmo lugar, conversando sobre o estilo de vida das pessoas que moram em fazendas até às 13h, quando foi para a sala de espera e sentou-se no corredor externo ao lado de sua esposa, permanecendo com olhar vago, perdido no horizonte, cabeça recostada na parede, em silêncio. Dormiu por quase 1h, ao me aproximar e conversar com sua esposa; acordou assustado e começou a falar da qualidade no atendimento e queixou-se da demora para se

realizar qualquer procedimento no HC, o que faz ele perder o dia (conversa que durou 25 minutos). Próximo dele sentou-se uma menina com o sobrinho e cliente com a qual o mesmo tentou iniciar uma conversa mas não teve sucesso. Avisado sobre um atraso de 40 minutos para o procedimento, questionou sobre o porque não se realiza CAT + ACTP já no dia em que se é marcado o CAT, sendo lembrado de que para a realização da ACTP é necessário que haja leito vago na UCO. Permaneceu sentado no corredor externo em silêncio com a esposa. Às 15:10h foi chamado para a terceira etapa de coleta de dados, quando se encontrava conversando com um senhor a respeito de seu exame. Após coleta dos dados foi orientado a esvaziar a bexiga e colocar o pijama que o hospital estava fornecendo, sendo deixado na sala de CAT dez minutos depois.

Anexo Q**Observação 15**

Cliente veio de Guariba (SP) em condução própria, acompanhada pela filha mais velha e por seu genro, em jejum. Chegou ao setor às 8:15h em consequência de congestionamento na entrada da cidade, já havia colhido sangue para exames. Identificou-se na recepção e foi encaminhada para a sala de espera, de onde prontamente foi chamada pela pesquisadora para realização da apresentação do estudo, suas garantias, objetivos, forma de execução e obtenção do consentimento livre e esclarecido, após concordância da cliente em participar do estudo (8:30 h). Foi conduzida até uma sala de consultas desocupada, para que esta conversa se desse de forma particular, permaneceu em sala por mais dez minutos após os esclarecimentos para que pudesse tomar a decisão quanto ao estudo em companhia da filha. Com o seu aceite, fora preenchido os papéis do estudo e iniciado coleta de dados obtendo-se dados de identificação e aplicando o IDATE; neste momento a cliente relatou queixa de queimação e sensação de estômago embrulhado. Às 9:20 h finda a coleta de dados da primeira etapa, a cliente foi conduzida para as orientações de enfermagem quanto ao procedimento a que seria submetida, realizada pelo funcionário C. Na sala de recuperação pós-exame, a cliente conversou com os outros clientes que estavam aguardando para realizar cateterismo cardíaco falando de sua experiência, de problemas no coração e de que Deus tem sua vontade a nosso favor e também, enquanto aguardava a vinda da enfermeira, recordou-se de passagens vividas neste setor durante a realização do cateterismo (semana passada), contou-me que teve dez filhos, sendo que oito estão vivos e os gêmeos faleceram com um ano e sete meses; entre os vivos há três casadas, dois homossexuais, sendo que um deles teve envolvimento com drogas. Às 10 h, a cliente foi chamada pelo funcionário C para uma sala ao lado, onde procedeu a orientação sobre o procedimento quanto a: local do procedimento, punção, as sensações, a necessidade de parar de fumar, o que será feito, como será feito, o que é a obstrução, o que é um stent, como são os vasos do coração. Durante as orientações, a cliente relatou que possui um projétil de arma de fogo em tórax anterior, hemiface esquerda e que há dois meses esteve internada em sua cidade sendo diagnosticado dislipidemia e diabetes tipo II. Após as orientações foi ao banheiro junto com sua filha, caminhando pelo corredor interno da seção com a cabeça baixa e passos lentos, sendo liberada pela enfermeira a realizar um lanche leve. Às 10:30 h Chegou do banheiro na sala de espera, onde se sentou ao lado da filha nas duas primeiras cadeiras do corredor externo, fazendo logo amizade com a senhora que estava ao seu lado esquerdo e com a qual conversaram a respeito do tratamento, do acompanhamento realizado no HC. Dez minutos depois me abordou para saber se poderia mesmo fazer um lanche rápido e saber qual era mesmo o nome da molinha que colocavam no coração. Expliquei a eles que a molinha se chamava stent e que era colocada nos vasos que levam sangue para o coração; a seguir falou para o genro que quase tinha acertado o nome da molinha e afirmou que estava cuidando do motor e que depois iria procurar o Gugu para pedir uma plástica e assim ficar boa por fora também; por sua vez, o genro afirmou que a cliente já não parava quieta do jeito que estava, imagine como vai ficar depois que colocar uma mola no coração, agora é que ninguém vai dar conta dela. Solicitei a cliente que retornasse a sala de consultas para realizarmos a segunda etapa da coleta de dados, o que fez sozinha desta vez, pois disse que a sua filha a estava deixando estressada. Depois de coletado os dados, a cliente começou a falar a respeito de

seu médico, que o mesmo estava precisando de uma pessoa em seu consultório, que já esteve internada em Jaboticabal em 1994 para o parto de sua filha mais nova, que em 96 fez ligadura e em 97 esteve internada devido a cálculo renal (10:55 h) Retornou a sala de espera onde foi sentar-se ao lado do genro que estava cochilando. Às 11:15 h a cliente estava quieta com olhar perdido no horizonte, com a cabeça encostada na parede e ao ver a pesquisadora relatou que estava rezando para que Deus a ajudasse fazendo o tempo andar mais depressa possível. Foi, então, orientada a tomar um lanche leve, pois o procedimento será realizado no período da tarde; sendo já encaminhada para a realização do eletrocardiograma pré-angioplastia. Assim que foi dispensada, retirou-se do setor em companhia da filha e genro para realização de um lanche leve e permaneceu assim por 1:30 h; quinze minutos após retornar ao setor foi encaminhada para a última etapa da coleta de dados, sendo após orientada a trocar de roupa, colocando um pijama fornecido pelo hospital e a realizar o esvaziamento completo da bexiga para poder entrar em sala e realizar o procedimento (13:45h).

Anexo RObservação 16

7h - cliente dá entrada no serviço vinda de sua residência em condução própria, desacompanhada. Após passar pela recepção é encaminhada para a sala de espera, de onde o funcionário C a chama para conferência do uso adequado das medicações e a dirige para conversa com a pesquisadora que a leva para o consultório onde se apresenta e apresenta seu estudo (importância, finalidade, objetivos, métodos, duração, riscos, benefícios e garantias) obtendo a concordância imediata da cliente e já assinando o termo de consentimento e respondendo ao instrumento de coleta de dados (7:30h) e sendo encaminhada para as orientações sobre o procedimento pelo funcionário C (local, anestesia, cateter, stent, balão, punção, repouso, internação e sensação de calor dada pelo contraste.). Às 8:00h a pesquisadora chamou a cliente para realização da segunda etapa da coleta de dados, da sala de pós-exame para o consultório, sendo que em dez minutos havia respondido o IDATE e já era encaminhada para realização do ECG, onde permaneceu por 10 minutos e foi encaminhada novamente para a sala pós-exame, onde foi entregue uma camisola do hospital e solicitado que fosse ao banheiro e a vestisse com a abertura para frente e esvaziasse completamente a sua bexiga. Dirigiu-se ao banheiro com passos largos e rápidos, retornando a sala pós-exame em 10 minutos, sendo então chamada para o consultório onde foi realizada a terceira etapa da coleta de dados e às 8:35h entrou em sala de procedimentos.

Anexo SObservação 17

7 h - Cliente comparece ao setor para realização de angioplastia, acompanhado por representante de indústria farmacêutica que exerce atividade neste hospital. Após sua identificação na recepção do serviço, sentou-se na sala de espera de onde foi chamado prontamente pelo funcionário C para conferência do uso correto das medicações prescritas, presença de acompanhante e ciência da necessidade de internação, sendo reencaminhado para a sala de espera. Às 8h foi chamado pela pesquisadora para que fosse até o consultório, onde a pesquisadora se apresentou, esclareceu ao sujeito quanto à pesquisa (assunto, objetivos, método, instrumento, sigilo, riscos, garantias, instrumento, tempo de aplicação) deixando o cliente a sós para que proferisse a leitura do material (termo de consentimento livre e esclarecido, esclarecimento aos sujeitos da pesquisa e instrumento de coleta de dados) e decidiu quanto a sua participação no mesmo durante dez minutos. O pesquisador retornou ao consultório às 8:50h quando obteve o consentimento do cliente em participar do estudo e aplicação da primeira etapa da coleta de dados; sendo que o participante comentou que achou o instrumento de coleta de dados um tanto redundante, e solicitado ao pesquisador que o denominasse como religioso e não como padre para as pessoas que se encontravam no setor; contou como era sua vida na Itália e as confusões que as pessoas da região de Parma criaram ao emigrarem para o Brasil, pois não eram bons na dicção de seus próprios nomes. Terminada a coleta de dados, foi orientado quanto a realização de um ECG e depois a permanecer na sala de espera. Na sala de espera, sentou-se junto aos demais clientes, em silêncio, de cabeça erguida, bem recostado na cadeira, mas com olhar fixo no horizonte (9:30h) Permaneceu desta forma até ser chamado para a realização do ECG e quinze minutos depois foi convidado pelo funcionário B para receber as orientações pertinentes ao procedimento (local, anestesia, punção, stent, cateter, balão, repouso, internação, imobilidade do membro). Dez minutos depois (10:30h) foi chamado pelo pesquisador para o consultório onde foi realizada a coleta da segunda etapa dos dados e depois permaneceu conversando a respeito de opção religiosa e fundamentação em seus preceitos até às 11:10h quando chegou o seu acompanhante com os pertences do cliente que perguntou sobre o horário do procedimento, sendo informado que aconteceria próximo das 13h e que segundo orientação do residente em estágio na hemodinâmica poderiam dar uma volta pelos jardins do hospital, mantendo o jejum e retornando próximo das 13 horas. Deixou os pertences na unidade e saiu em companhia de seu amigo para irem até a capela da instituição. Retornou ao setor às 12:35h sentando-se na sala de espera, no corredor externo, onde se manteve conversando com seu acompanhante. Às 13 horas o pesquisador foi abordado pelo acompanhante a respeito da importância do conhecimento e depois foram esclarecidas as dúvidas que se mantiveram a respeito do procedimento que o cliente será submetido. Às 13:40h foi chamado pelo pesquisador ao consultório para realização da terceira etapa da coleta de dados, sendo posteriormente orientado a colocação do pijama fornecido pelo hospital e esvaziamento completo da bexiga. Encaminhado ao banheiro para onde foi com passos seguros e cabeça erguida. Ao retornar foi deixado aos cuidados do funcionário A dentro da sala de cateterismo (14h).

Anexo TObservação 18

Cliente deu entrada no setor às 8h, acompanhado pela esposa e um filho, vindos de ônibus coletivo. Foi abordado pelo funcionário C quanto ao uso correto das medicações indicadas. Apresentado para a pesquisadora pelo funcionário C, foi então orientado com relação a pesquisa (objetivos, local, métodos, duração, finalidade, importância, riscos, benefícios e garantias), sendo deixado a sós com seus familiares para que se resolvessem quanto a participação no estudo por 10 minutos. Retorna ao local, a pesquisadora, e assina o termo de consentimento e coleta a primeira etapa dos dados sendo que o cliente se manteve questionando sobre a sua durabilidade depois do IAM, o que havia acontecido com o seu coração depois do IAM e relatou que não permitiu que a esposa chamasse o serviço de atendimento de urgência da cidade quando teve a precordialgia, procurando atendimento médico somente no dia seguinte durante a tarde (9h). Logo após, o funcionário C realizou as orientações referentes ao procedimento junto com o residente em estágio na hemodinâmica, sobre: local, anestesia, cateteres, stent, balão, dor, riscos e internação, sendo coletada a segunda etapa dos dados às 9:50h. Em sequência da espera, período no qual o cliente se manteve repetindo as mesmas dúvidas para todos os profissionais com quem tiveram contato. Foi encaminhado pedido para realização de ECG, que não foi realizado devido a demora no serviço, sendo então xerocopiado ECG, feito neste serviço e em posse do cliente, de 30/01/2004. 10:30h foi fornecido pijama da instituição e orientado ao cliente que se dirigisse ao banheiro para colocá-lo e esvaziar completamente a bexiga; sendo coletado a terceira etapa dos dados, sendo que após iniciou checagem das informações fornecidas pelo residente em estágio na hemodinâmica e pelo funcionário C com a pesquisadora e depois com o próprio médico. Entrou em sala às 10:50h.

Anexo UObservação 19

Chegou ao setor às 8:10 h, vindo de ambulância, juntamente com seu filho e seu genro, de Serrania (MG). Identificou-se, deixou pedido do procedimento e foi encaminhado a sala de espera. 8:30 h Chamado pela pesquisadora e levado um consultório, acompanhado pelo filho, para abordagem inicial quanto ao estudo que está realizando, onde foi explicado a respeito de que é o estudo, quais os seus objetivos, como será realizado, suas garantias e a ausência de riscos; terminado os esclarecimentos quanto ao estudo a pesquisadora saiu da sala para que o cliente e seu filho pudessem tomar a decisão quanto a participar ou não do estudo. 9:00 h retornei ao consultório cinco minutos depois para ter ciência da decisão do cliente. Preenchido e assinado os papéis de esclarecimento aos sujeitos da pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido; Iniciada coleta de dados, onde o cliente relatou que dormiu pouco durante a noite, pois ficou pensando no procedimento e quando dormiu teve de levantar-se (4 h), pois já estava na hora de sair para a viagem, sendo que no meio da coleta de dados o genro do cliente entrou no consultório. A primeira etapa da coleta de dados se encerrou às 9:40 h, saindo do consultório, o cliente se dirigiu ao banheiro junto do filho, caminhando pelo corredor da unidade com a cabeça baixa com passos médios, sem olhar para os lados. Retornou a sala de espera e sentou-se em cadeira distante dos acompanhantes e permaneceu calado por cinco minutos quando foi chamado para fazer eletrocardiograma e assim que saiu da sala do exame foi chamado pelo funcionário R para realizar as orientações pertinentes ao procedimento na sala de recuperação de pós-exame; foi orientado quanto a localização da punção, como se faz o procedimento, onde é realizado, como é a sala, sua temperatura, o preparo e a hora estimada do procedimento. Não garantiu a sua realização pela necessidade de leito de internação, falou a respeito do repouso após o procedimento e da necessidade de internação. Perguntou ao cliente sobre a tomada das medicações e este relatou que não as tomou pela manhã. Foi então fornecida as medicações de horário ao cliente (10:30h) Perguntou se haviam dúvidas e o genro quis saber se era uma cirurgia e se ela tinha certeza de que o procedimento desentupiria o vaso, sendo explicado pela enfermeira que não se tratava de um procedimento cirúrgico e que dependeria das condições atuais dos vasos para se realizar o procedimento com sucesso. Foi encaminhado para a sala de espera com seus acompanhantes às 10: 35 h, onde voltou a sentar-se distante dos acompanhantes e se manteve em silêncio até que fosse chamado para a segunda etapa da coleta de dados pela pesquisadora onde foi observado que o cliente estava inquieto e não deixava de enrolar os pelos do antebraço esquerdo com a mão direita, sendo que a pesquisadora foi questionada pelo filho sobre com quem poderia deixar um número telefônico para contato no momento da alta hospitalar e as roupas do cliente, dúvida esclarecida pelo pesquisador. Terminada a coleta de dados o cliente foi novamente ao banheiro andando com passos largos, cabeça erguida e braços soltos ao longo do corpo. Quando retornou, encontrou-se com o funcionário C a quem perguntou o horário do procedimento e o mesmo deu um prazo aproximado de uma hora; depois o cliente voltou para a sala de espera e sentou-se próximo da porta de acesso ao setor, sentado de cabeça baixa, calado, com olhar vago e expressão facial de pensativo. Dez minutos depois seu filho sentou-se ao seu lado, de onde ficou observando a porta de acesso ao setor e toda a movimentação no interior da unidade e permaneceu calado, ao mesmo tempo em que o genro se retirou do setor dizendo que iria

dar uma volta e ficar esperando no carro. Às 11:30 h foi solicitado ao cliente o filme do cateterismo anterior, que foi realizado na cidade de Alfenas – MG, sendo prontamente atendido pelo cliente. Assim que o funcionário saiu com o filme o cliente reassumiu a posição anterior (braços cruzados, cabeça baixa, calado, com expressão pensativa e olhar vago). Chamado o cliente para última etapa da coleta de dados, às 12:20 h que foi iniciada se explicando sobre a necessidade de deixar seus pertences de valor com seu filho e falando sobre o pijama que terá de vestir. Terminada a coleta de dados foi entregue ao cliente um pijama do hospital e solicitado ao mesmo que se dirigisse ao banheiro esvaziasse a bexiga e trocasse sua roupa. Saiu do consultório e foi ao banheiro, onde permaneceu por 20 minutos na companhia do filho, ao voltar foi solicitado que permanecesse na sala de recuperação, juntamente com seu filho, enquanto se procederia a limpeza da de procedimentos.

Anexo VObservação 20

Cliente chegou ao setor às 7 horas ao setor de cardiologia, acompanhado pelo filho mais velho, vindo de Vargem Grande do Sul (MG) em ambulância do município. Depois de se identificar e entregar o pedido do procedimento foi encaminhado para a sala de espera (7:30 h) localizada ao lado da recepção, de onde foi chamado (8:00 h), juntamente com o filho, para conhecer a pesquisadora e assim dar início ao esclarecimento do sujeito da pesquisa e aquisição de seu consentimento, em sala de consultas localizada ao lado esquerdo da sala de espera, sendo confortavelmente sentado em cadeira, frente a uma mesa, com a pesquisadora sentada no lado oposto da mesma. Após ter sido informado sobre a pesquisa, seus objetivos, sua metodologia e a razão pela qual este sendo realizada, foi fornecido o esclarecimento aos sujeitos da pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido para que pudesse decidir se fará parte da amostra, sendo fornecido cinco minutos para conversar com o filho e se decidir em sala fechada, para garantir a sua privacidade. Escolhido número de identificação pelo cliente e iniciado a coleta de dados referentes ao quesito identificação seguido da aplicação o Inventário de Ansiedade Traço – Estado de Spielberger, com posterior retorno do sujeito a sala de espera (8:30 h) de onde foi chamado pelo funcionário C que se apresentou e sentou-se em frente ao cliente, se identificou e iniciou a orientação quanto aos exames a serem colhidos e o procedimento a que será submetido. Orientação: o que é o procedimento; como se realiza a angioplastia coronária; onde efeito o procedimento; necessidade de internação por 24 horas; uso continuado dos medicamentos e iniciado de triclíd; as sensações que poderá sentir durante o exame serão as mesmas do cateterismo que já foi realizado anteriormente; esclareceu a respeito do repouso obrigatório; e que o procedimento será realizado através de punção na região da virilha. Durante as orientações, o cliente e seu filho se mantiveram atentos a todas as informações, permanecendo parte de tempo com a cabeça baixa e parte olhando fixamente para a enfermeira; restringiu-se apenas a responder as perguntas diretas realizadas pela enfermeira com o uso de monossílabos, sem fazer perguntas e negando a existência de dúvidas. Após as orientações, foi encaminhado para a sala de cateterismo II onde um auxiliar de enfermagem realizou a coleta de sangue para exame de tempo de coagulação, função renal e hemograma. Enquanto a auxiliar preparava o material o cliente esteve sentado em cadeira com o braço direito apoiado sobre a mesa e com a mão esquerda ficou batendo os dedos alternadamente na mesa em movimentos repetitivos e durante a punção esteve olhando fixamente no que a auxiliar estava fazendo. Colhido o sangue solicitou ir ao banheiro (caminhou pelo corredor, acompanhado pelo filho, com passos largos e olhando para baixo) foi encaminhado ao consultório (9:00 horas), onde se realizou aferição dos sinais vitais e aplicado o inventário de ansiedade estado de Spielberger. Encaminhado novamente para a sala de esperas, onde se sentaram em cadeiras no centro da primeira fileira, o observador sentou-se na primeira cadeira da última fila e ficou observando o sujeito e seu acompanhante, que depois de dez minutos perceberam a presença do observador e conversaram a respeito, tornando a observar as pessoas que circulavam pelo corredor interno, controlando qualquer movimentação no corredor interno do setor, permanecendo calados por 30 minutos, depois conversaram a respeito do residente que os abordou a respeito do procedimento, abriu a pasta que carregava com documentos e receitas médicas, onde também guardou o termo de

consentimento, releu o termo de consentimento e o esclarecimento aos sujeitos da pesquisa juntamente com seu filho; ficando cinco minutos pensativo, enquanto seu acompanhante procurou pelo pesquisador no fundo da sala de espera; Movimento este, que repetiu por mais quatro vezes durante uma hora e o sujeito da pesquisa o realizou por mais três vezes, no mesmo período. Às 10:00 h foi encaminhado pela enfermeira da unidade para a lanchonete onde deveria fazer um lanche rápido e leve para retornar ao setor. O cliente permaneceu uma hora fora do setor em companhia do filho. Depois se manteve alternando momentos em que mascava alguma coisa tendo olhar fixo no vazio, mas reagindo com localização rápida com a cabeça de qualquer movimento que ocorresse no corredor interno da unidade. Foi ao banheiro novamente, sozinho com andar com passos largos, firmes e com a cabeça erguida observando a todos os painéis e portas do setor, ao retornar a sala de espera, colocou uma bala na boca e sentou-se em local diferente, se recostando e cochilando enquanto seu filho permanecia atento. Levantou-se várias vezes e sentou-se a cada vez em um lugar diferente, mas sempre com foco de atenção direcionado para a porta de acesso ao setor que permaneceu aberta e cada vez em que se chamava um paciente ou passava alguém pelo corredor, o cliente assumia posição ereta na cadeira e olhava na direção da porta e nos demais momentos manteve-se com os cotovelos apoiados sobre as pernas, onde se curvava e descansava a cabeça sobre as mãos, olhando para o chão. Levantou-se permaneceu encostado na parede por cinco minutos depois sentou-se perto de outro cliente e seu acompanhante, e começou a conversar a respeito da demora na realização do procedimento, ficou quieto recostado na cadeira enrolando uma mecha de cabelo atrás da orelha esquerda com olhar vago em direção da porta de acesso, dez minutos depois ficou de pé, andou até a parede, no rumo da porta da recepção, onde se recostou e começou a conversar com outro acompanhante a respeito do coração, que definiu como uma máquina que não pode falhar, o denominando de carburador do corpo. Voltou-se para a janela e ficou olhando para a área externa de forma vaga e dispersa; sentou-se novamente, agora completamente recostado e “escorrido” na cadeira, olhando para o teto. Levantou-se e se dirigiu ao banheiro novamente com passos seguros, braços soltos e cabeça erguida. Conversou com o filho, mas mesmo durante o assunto, não deixou de acompanhar um movimento nos corredores da unidade, ao mesmo tempo em que voltou a enrolar o cabelo atrás da orelha. Cochilou encostado no seu filho por cerca de trinta minutos; acordou assustado, levantou-se andou e permaneceu calado encostado na parede enquanto observava o fluxo de pessoas na unidade, voltando-se para a janela novamente. Repetiu estes movimentos até às 13:30 h quando se sentou na primeira cadeira da primeira fila, bem próxima a porta de entrada no setor e em cinco minutos foi chamado para fazer o Eletrocardiograma pelo funcionário B. Depois do ECG foi convidado a ir ao consultório fazer a última etapa da coleta de dados, sendo orientado a ir ao banheiro para esvaziar a bexiga e colocar o pijama do hospital. Neste momento, o cliente relatou que se sentia cansado por não haver dormido bem e por ter que esperar o procedimento por muito tempo, mas sente-se calmo e tranquilo.