



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Universidade Federal de São Paulo

Brasil

Fernandez Suriano, Maria Lucia; da Fonte Lopes, Daniela Cristina; Pinto de Oliveira Sá
Macedo, Giselle; Marlene Michel, Jeanne Liliane; Bottura Leite de Barros, Alba Lúcia
Identificação das características definidoras de medo e ansiedade em pacientes

programadas para cirurgia ginecológica

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 22, núm. 1, 2009, pp. 928-934

Universidade Federal de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023850016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Identificação das características definidoras de medo e ansiedade em pacientes programadas para cirurgia ginecológica*

Identification of the defining characteristics of fear and anxiety in patients scheduled for gynecological surgery

Identificación de las características definidoras de miedo y ansiedad en pacientes programadas para cirugía ginecológica

Maria Lucia Fernandez Suriano¹, Daniela Cristina da Fonte Lopes², Giselle Pinto de Oliveira Sá Macedo³, Jeanne Liliane Marlene Michel⁴, Alba Lúcia Bottura Leite de Barros⁵

RESUMO

Objetivos: Identificar a presença das características definidoras Medo e Ansiedade no pré-operatório imediato de 50 pacientes submetidas à cirurgia ginecológica, e verificar a Síndrome da Ansiedade Perioperatória. **Métodos:** Estudo de coorte de caráter transversal teve como objetivo Realizado na Unidade de Ginecologia do Hospital São Paulo em maio de 2007. **Resultados:** Confirmou-se a presença dos diagnósticos de interesse em 48 pacientes (96,0%) do total de 50 mulheres (100,0%). A Síndrome da Ansiedade Perioperatória foi identificada em 48 (96,0%) das pacientes. **Conclusão:** A pesquisa comprovou a presença dos diagnósticos Medo e Ansiedade, devido às manifestações clínicas, também contribuintes para evidenciar a Síndrome da Ansiedade Perioperatória

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Medo; Ansiedade; Procedimentos Cirúrgicos em Ginecologia; Período Intra-Operatório

ABSTRACT

Objectives: To identify defining characteristics of fear and anxiety during the immediate preoperative period in patient scheduled for gynecological surgery, and to diagnose preoperative anxiety syndrome. **Methods:** This was a cross-sectional study with 50 patients from the gynecological unit of the São Paulo hospital. Data was collected in May 2007. **Results:** Preoperative anxiety syndrome was diagnosed in 48 of the participants (96.0%). **Conclusion:** Participants had clinical symptoms leading to the diagnosis of preoperative anxiety syndrome.

Keywords: Nursing Diagnosis; Fear; Anxiety; Gynecologic Surgical Procedures; Intraoperative Period

RESUMEN

Objetivos: Identificar la presencia de las características definidoras de Miedo y Ansiedad en el pre-operatorio inmediato de 50 pacientes sometidas a cirugía ginecológica, y verificar el Síndrome de Ansiedad Perioperatoria. **Métodos:** Este estudio de cohorte de carácter transversal tuvo como objetivo fue realizado en la Unidad de Ginecología del Hospital Sao Paulo en mayo del 2007. **Resultados:** Se confirmó la presencia de los diagnósticos de interés en 48 pacientes (96,0%) de un total de 50 mujeres (100,0%). El Síndrome de Ansiedad Perioperatoria fue identificada en 48 (96,0%) de las pacientes. **Conclusión:** Con la investigación se comprobó la presencia de los diagnósticos Miedo y Ansiedad, debido a las manifestaciones clínicas, también contribuyentes para evidenciar el Síndrome de Ansiedad Perioperatoria.

Descriptores: Diagnóstico de Enfermería; Miedo; Ansiedad; Procedimientos Quirúrgicos Ginecológicos; Periodo Intraoperatorio

* Trabalho desenvolvida na Unidade de Ginecologia, do Hospital São Paulo, pertencente ao Complexo Universitário da Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil.

¹ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil.

² Enfermeira. graduada pela Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

³ Especialista em Terapia Intensiva e Emergências Pediátricas pelo Instituto da Criança – ICr/FMUSP. Enfermeira do Hospital São Paulo- Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo; São Paulo (SP), Brasil.

⁵ Professora Titular. Chefe do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP; (SP), Brasil.

Autor Correspondente: Maria Lucia Fernandez Suriano

R. Napoleão de Barros, 754 - Vila Clementino - São Paulo - SP - Brasil

Cep: 04024-002. E-mail: lucia.suriano@unifesp.br

INTRODUÇÃO

Ao ser submetido a um procedimento cirúrgico, o paciente vivencia situações estressantes, capazes de alterar a sua dinâmica de vida. O desconhecido pode desenvolver reações negativas, como a não aderência ao tratamento e autocuidado, alterações na auto-estima e na imagem corporal, alterações psicológicas decorrentes do medo da morte e ansiedade relacionada ao desconhecimento do procedimento anestésico e da cirurgia⁽¹⁾.

Trabalhos demonstram que pacientes ao se depararem com uma realidade amedrontadora, tal como o ato cirúrgico, desencadeiam estados de tensão com comprometimento emocional, fisiológico e cognitivo. Os estados emocionais de medo e ansiedade são muitas vezes presenciados, alterações fisiológicas e psicológicas importantes podem ser observadas e detectadas em pacientes que sofrerão procedimentos cirúrgicos de grande porte, ou então, de órgãos sexuais como, por exemplo, cirurgias uroginecológicas⁽²⁻³⁾.

A atuação da enfermeira é crucial nestes momentos tão importantes na vida de um paciente e deve estar apta a avaliar o paciente no período pré – operatório imediato no intuito de amenizar as possíveis complicações comportamentais que poderão influenciar na sua posterior recuperação⁽²⁾. O exame minucioso, das condições emocionais do paciente durante esse momento crítico, acrescido ao exame físico, por meio do processo de enfermagem, possibilita à enfermeira estabelecer o diagnóstico de enfermagem integral e traçar as possíveis intervenções para o paciente⁽⁴⁾.

“Medo” como diagnóstico de enfermagem⁽⁵⁾ é definido como “Resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo”. Ansiedade define-se como um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é freqüentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação do perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Pesquisas mostram que pacientes que apresentaram um alto escore de medo também apresentaram um alto escore de ansiedade⁽⁶⁾. Esta forte correlação constitui uma justificativa para defendermos a existência de uma síndrome resultante do conjunto de manifestações de ambos os diagnósticos de enfermagem em estudo medo e ansiedade⁽³⁾. Alguns autores⁽⁷⁻⁸⁾ têm mencionado em seus trabalhos a presença de uma possível síndrome ansiosa.

A síndrome da ansiedade peri operatória é definida como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos⁽⁹⁾, com sentimentos de apreensão difusa, incerteza, impotência, sensação desagradável e incômoda, de natureza vaga e inespecífica

associado à alienação e insegurança⁽⁸⁻⁹⁾.

OBJETIVOS

O trabalho teve por objetivos:

- Identificar a presença dos sinais e sintomas dos diagnósticos de enfermagem medo e ansiedade no período pré – operatório imediato das pacientes programadas para cirurgias ginecológicas eletivas.

- Verificar a presença dos sinais e sintomas da síndrome da ansiedade peri operatória.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo prospectivo de caráter descritivo⁽¹⁰⁾. A pesquisa foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e desenvolvida na Unidade de Ginecologia, do Hospital São Paulo, pertencente ao Complexo Universitário da UNIFESP.

A população de estudo foi constituída por 50 mulheres, programadas para cirurgias ginecológicas eletivas, na fase de pré-operatório imediato. Participaram do estudo 48 pacientes, que apresentaram nessa fase os diagnósticos de enfermagem medo e ansiedade propostos para esta pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: pacientes maiores de 18 anos; submetidas a cirurgias ginecológicas eletivas; conscientes e orientadas que não estavam sob efeito de medicação pré-anestésica; que concordaram espontaneamente em participar do estudo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizou-se para a realização da coleta de dados um instrumento elaborado e validado em estudo anterior (Anexo 1)⁽³⁾.

Foi realizado um treinamento das entrevistadoras (duas alunas da quarta série de graduação em Enfermagem/UNIFESP) pela orientadora, para treinar a técnica de entrevista e otimizar o preenchimento do instrumento, e foi realizado um pré teste com cinco pacientes. A partir deste treinamento, a coleta de dados foi realizada diariamente na enfermaria de Ginecologia do Hospital São Paulo.

Após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e assinatura do referido Termo, a entrevista e o exame físico eram realizados no pré – operatório imediato. Caso estivessem presentes as características definidoras (sinais e sintomas) dos diagnósticos medo e ansiedade, os dados eram anotados no instrumento, bem como os fatores relacionados aos diagnósticos de enfermagem em estudo e da “síndrome da ansiedade perioperatória” elaborada em estudo anterior(Anexo 2)⁽³⁾.

Os dados: os dados obtidos foram tabulados e submetidos à análise descritiva, com números absolutos

e percentuais.

RESULTADOS

Em relação à questão de ter sido anteriormente submetida à cirurgia, 65,5% das pacientes tinham experiência cirúrgica anterior. Dentre as especialidades cirúrgicas mais freqüentes encontramos 25,0% de histerectomia total abdominal, 21,0% de histerectomia vaginal, 16,7% de videolaparoscopia e 16,4% histeroscopia cirúrgica, 12,5% de laparotomia exploratória, e, 4,2% conização cirúrgica e 4,2% salpingooforectomia, nas 48 pacientes que apresentaram os diagnósticos de enfermagem em questão.

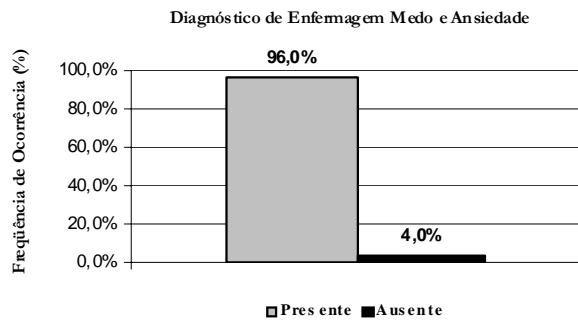


Figura 1- Presença ou ausência dos diagnósticos de enfermagem - Medo e Ansiedade em pacientes da unidade de ginecologia, de um hospital universitário. São Paulo, 2007

Verifica-se na Figura 1 que, do total de 50 pacientes entrevistadas, a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem em estudo esteve presente em 48 pacientes (96,0%).

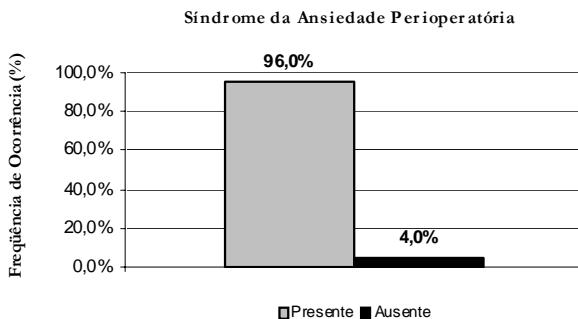


Figura 2 - Presença ou ausência da síndrome da ansiedade perioperatória em pacientes, da unidade de ginecologia de um hospital universitário. São Paulo, 2007

A Figura 2 mostra que no total das 48 pacientes em que se evidenciaram os diagnósticos de enfermagem Medo e Ansiedade, a síndrome da ansiedade perioperatória foi observada em 46 pacientes entrevistadas (96,0%).

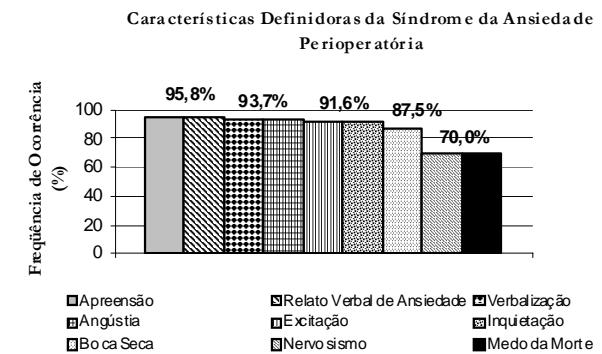


Figura 3 - Características definidoras da síndrome da ansiedade perioperatória, identificadas em pacientes da unidade de ginecologia, de um hospital universitário. São Paulo, 2007

Evidenciamos na Figura 3, que as características definidoras referentes à síndrome da ansiedade perioperatória presentes em 46 pacientes, apresentaram altos índices de freqüência (igual e acima de 70,0%) como: apreensão (95,8%), e relato verbal de ansiedade respectivamente, verbalização e angústia (93,7%) respectivamente, excitação e inquietação (91,6%) respectivamente, boca seca (87,5%), nervosismo e medo da morte (70,0%) respectivamente.

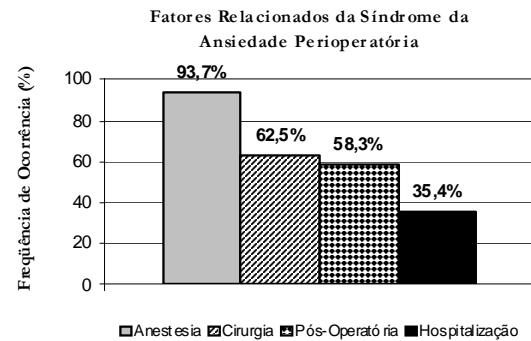


Figura 4 - Ocorrência dos fatores relacionados da síndrome da ansiedade perioperatória, identificadas em pacientes da unidade de ginecologia, de um hospital universitário. São Paulo, 2007

Podemos observar na Figura 4 que dentre os fatores relacionados tivemos: anestesia (93,7%), cirurgia (62,5%), pós-operatório (58,3%) e hospitalização (35,4%).

DISCUSSÃO

Ao compararmos as manifestações clínicas dos diagnósticos de enfermagem medo e ansiedade entre 48 pacientes participantes do estudo, com diagnóstico médico de tumores ginecológicos e outros problemas ginecológicos (pólipo endometrial e prolapso vaginal),

percebemos que a nossa população de estudo não apresentou diferenças qualitativas e quantitativas com relação às características definidoras dos diagnósticos trabalhados.

Não houve diferença percentual com relação aos diagnósticos de enfermagem Medo e Ansiedade entre as 22 pacientes (46,0%) com diagnóstico médico de tumor, submetidas às cirurgias de histerectomia total/histerectomia vaginal e entre as 26 pacientes (54,0%) portadoras das outros problemas ginecológicos. Portanto, as pacientes em questão apresentaram incidência semelhante na identificação dos diagnósticos de enfermagem em estudo, independente do diagnóstico médico e procedimento cirúrgico adotado, em contraposição aos achados de uma pesquisa anterior⁽³⁾.

Os resultados encontrados na Figura 1 referente à presença dos diagnósticos medo e ansiedade evidenciam altas porcentagens de freqüência. Considerando-se o procedimento cirúrgico a que as pacientes seriam submetidas, e relacionado à procriação e envolvimento de órgãos sexuais, ficou confirmado nas mesmas o alto índice de medo e ansiedade.

A confirmação da existência de uma síndrome ansiosa, a síndrome da ansiedade perioperatória, observada na Figura 2 (96,0%), foi identificada pelos elevados índices percentuais das características definidoras dos dois diagnósticos de enfermagem: medo e ansiedade^(3,7-8).

É interessante destacar nas Figuras 3 e 4, respectivamente que as características definidoras com alto índice de freqüência (encontradas em mais de 70,0% das pacientes) juntamente aos fatores relacionados confirmam a presença de uma possível síndrome envolvendo os dois

diagnósticos de enfermagem em estudo, a síndrome da ansiedade perioperatória^(3,8,11).

O domínio pelas enfermeiras da técnica propedêutica associado ao domínio da fisiologia e da fisiopatologia vai contribuir de forma eficiente na identificação das manifestações clínicas dos diagnósticos mencionados e na atribuição da referida síndrome ansiosa⁽³⁻⁴⁾.

CONCLUSÃO

A pesquisa identificou a presença das características definidoras dos diagnósticos de Enfermagem Medo e Ansiedade em pacientes em pré-operatório imediato de cirurgias ginecológicas eletivas, que foram: apreensão (95,8%), e relato verbal de ansiedade respectivamente, verbalização e angústia (93,7%) respectivamente, excitação e inquietação (91,6%) respectivamente, boca seca (87,5%), nervosismo e medo da morte (70,0%) respectivamente.

A presença da síndrome da ansiedade perioperatória esteve presente em 96% das pacientes entrevistadas e os principais fatores relacionados foram: anestesia (93,7%), cirurgia (62,5%), pós-operatório (58,3%) e hospitalização (35,4%).

Os dados encontrados no presente trabalho, confirmam os achados de outras pesquisas realizadas, e os diagnósticos de medo e ansiedade encontrados nas pacientes foram identificados por estarem expostas as situações estressantes, como aos procedimentos cirúrgicos a que seriam submetidas, e reforçam a importância da atuação da enfermeira, na realização de uma assistência sistematizada de enfermagem, visto a necessidade de atenção e cuidado direcionado as pacientes no período que antecede a cirurgia.

REFERÊNCIAS

1. Gorestein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos; 2000.
2. Suriano MLF. Diagnósticos e intervenções de enfermagem no período perioperatório dos pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares. [tese- mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 1999.
3. Suriano MLF. Comportamento das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem medo e ansiedade identificados no pré-operatório imediato de pacientes submetidos a cirurgias eletivas [tese-doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2005.
4. Barros ALBL, et al. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed; c2002.
5. North American Nursing Diagnosis Association - NANDA. Taxonomia I. Porto Alegre: Artmed; 2006.
6. Stuart GW, Laraya MT. Enfermagem psiquiátrica. 4a ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores; 2002.
7. Adams P, Coler M, Collins J, Cotteta T, Delaney C, Miller BK, Lev R, Much J. Anxiety Fear Classification of Nursing Diagnoses. In: Proceedings of the Twelfth Conference. North American Nursing Diagnoses Association.1997; p.421- 25.
8. Withley GGA Comparison of Two methods of Clinical Validation of Nursing Diagnoses. In: Proceedings of the Twelfth Conference. North American Nursing Diagnoses Association.1997. p.103-10.
9. Gentil VF, Lotufo FN. Transtornos de ansiedade (neuroses). Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
10. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
11. Rothrock JC. Alexander cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13a. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.

Anexo 1

Instrumento de coleta de dados do paciente

Nome: _____ RH: _____ Leito: _____
 Data: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Sexo: () F () M Escolaridade: () 1º.grau () 2º.grau () 3º.grau Profissão: _____
 Religião: () católica () protestante () espírita () budista () outros Raça: () branca () negra () amarela () Outros _____
 Estado civil: () solteiro () casado () divorciado () viúvo / Origem cultural _____
 Procedência: () capital () interior () outro estado () outro país / Nacionalidade: () brasileiro () estrangeiro _____
 Tipo de cirurgia _____ Diagnóstico médico _____
 Doenças de base _____ Alergias _____ Medicações em uso _____

Medo – resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo. (NANDA, 2006)

(sinais subjetivos) *		
1. <u>Apreensão</u> (DC): receio vago, preocupação com acontecimentos, atos ou fenômenos que podem perturbar o equilíbrio. Receio, cisma, preocupação; ter apreensão diante do desconhecido. Compreensão, conhecimento; a apreensão das noções de espaço e tempo.		Escore
1 Apreensão (DO): estado antecipatório diante de eventos que podem ou não ocorrer, este estado pode ser relatado pelo paciente ou ser observado pelo entrevistador, podendo ser mensurado como ausente (=0) e presente (=1) devendo ser validado com o paciente.		Escore
2. <u>Tensão aumentada</u> (DC): Estado de tensão. Rigidez em certas partes do organismo. Grande concentração física ou mental. Estado ou qualidade que é tenso. Estado de rigidez que se manifesta em certas partes do organismo. Excitação, enervamento. Situação que pode desencadear uma ruptura, um conflito.		Escore
<u>não aumentada</u> (DO): Pode ser referido pelo paciente, devendo ser avaliada a rigidez de em alguma parte do corpo do paciente, especialmente face, o relato de rigidez ou grande concentração física ou mental. Pode ser mensurado como ausente (=0) ou presente (=1).		Escore
3. <u>Excitação</u> (DC): Ativar a ação de. Estimular, despertar, exaltar-se, inflamar-se. Ação ou efeito de excitar (se); excitamento. Atividade Anormal do organismo. Iniciação; provocação.		Escore
3. <u>Excitação</u> (DO): Este comportamento deve ser observado durante a entrevista com o paciente, devendo ser validado com ele. O entrevistador pode observar: o paciente está inquieto ou calmo? Com que frequência o paciente se movimenta no ambiente? Qual a velocidade e a intensidade desses movimentos? Pode ser quantificado como ausente (=0) ou Presente (=1).		Escore
4. <u>Nervosismo</u> (DC): emotividade exagerada, irritação, impaciência. Estado caracterizado por distúrbios do sistema nervoso. Estado de excitação nervosa passageira ou permanente, Nervosidade. Estado de um indivíduo ansioso que pode apresentar problemas psicosomáticos variados.		Escore
4. <u>Nervosismo</u> (DO): Este comportamento deve ser observado durante a entrevista com o paciente, devendo ser validado com o paciente. Observar emotividade, irritação, excitação, agitação, se o paciente está impaciente. Pode estar ausente (=0) ou presente (=1).		Escore
5. <u>Verbalização</u> (Identifica o objeto do medo) (DC): Estado de consciência no qual a pessoa pode relatar o que sente, por estímulos sensoriais adequados ou outros estímulos. Ato ou efeito de verbalizar. Tornar verbal, expor algo verbalmente, o objeto do medo, as preocupações expressas		Escore
5 <u>Verbalização</u> (Identifica o objeto do medo) (DO): O paciente pode relatar esta sensação durante a entrevista. Pode estar ausente (=0) ou presente (=1).		Escore
(sinais objetivos) *		
6. <u>Pulso aumentado</u> (DC): Aumento na frequência das contrações do coração percebidas numa artéria		Escore
6. Pulso aumentado (DO): verifica-se o pulso utilizando-se o dedo indicador e o dedo médio do examinador colocados sob pressão em uma artéria do paciente, sendo contados o número de pulsões durante um minuto, podendo ser avaliado além da frequência a amplitude da mesma, presença de arritmias, pulso filiforme, cheio. Normalmente a artéria de escolha é a artéria radial, depois a braquial, carótida, pediosa, femural, poplítea. Pode ser avaliado como normal entre 60-100 bat/min ou anormal acima de 100 bat/min deve ser comparado com parâmetros anteriores.		Escore
7. <u>Náusea</u> (DC): sensação de desconforto na região do estômago, com tendência a vômitos, sensação de repugnância		Escore
7. Náusea (DO): este comportamento pode ser observado pelo entrevistador ou pode ser relatado pelo paciente, observar a frequência, duração e a correlação com odores, alimentos, situações. Pode estar ausente (=0) ou presente (=1).		Escore
8. <u>Vômito</u> (DC): ato ou efeito de vomitar, as matérias expelidas por quem vomita.		Escore
8. <u>Vômito</u> (DO): este comportamento pode ser observado pelo entrevistador ou pode ser relatado pelo paciente, observar a frequência, a duração, o aspecto e a correlação com odores e alimentos. Esta reação pode estar ausente (=0) ou o presente (=1).		Escore
9. <u>Fadiga</u> (DC): sensação de cansaço ao realizar pequenas atividades. Pode ocorrer alteração de frequência respiratória, relato de falta de ar, desânimo, fraqueza. Estado fisiológico consecutivo a um esforço prolongado. A um trabalho físico ou intelectual intenso e que se traduz por dificuldade em continuar tal esforço ou trabalho, estafa, esgotamento. Sensação penosa causada pelo esforço ou trabalho intenso (efeito muscular), cansaço.		Escore
9. <u>Fadiga</u> (DO): observar a frequência, o tipo de atividade que causa a fadiga, o período do dia, se existe alteração de frequência respiratória. O paciente relata falta de ar, desânimo, fraqueza? Existe correlação entre o relato de fadiga e de insônia ou sono interrompido? Quais são as atividades realizadas que causam a fadiga, ou ela é constante? Este comportamento pode ser observado pelo entrevistador ou pode ser relatado pelo paciente, devendo ser validado com o paciente. Pode ser avaliado como ausente (=0) ou presente (=1)		Escore
10. <u>Freqüência respiratória aumentada</u> (DC): Aumento do número de movimentos respiratórios por minuto, tendo-se como parâmetro de normalidade para adultos 12 a 22 rp/m.		Escore
10. <u>Freqüência respiratória aumentada</u> (DO): Observar o aumento ou diminuição do número de movimentos respiratórios durante um minuto, tendo como referência a freqüência do paciente. Observar a variação na profundidade e regularidade da respiração, indicada em termos de presença ou ausência, durante um minuto ou o período que se fizer necessário. Pode ser avaliado como normal, com FR = 12-22 rp/min. e anormal quando o valor for acima do valor de referência. Deve ser comparado com parâmetros anteriores.		Escore
11. <u>Perspiração aumentada</u> (DC): sudorese aumentada. Ato ou efeito de perspirar, que é transpirar sensivelmente ou não por toda a superfície.		Escore
11. <u>Perspiração aumentada</u> (DO): Observação de suor intenso no paciente. Indicado em termos de ausência ou presença, podendo ser generalizada, ou localizada, por exemplo: mãos, pés, face, axilas. Atenção especial para esta característica pois pode ocorrer que alguns pacientes apresentem sudorese intensa, como nos casos de hiperidrose. Pode ser avaliada como ausente (=0), baixa (=1, apenas um região do corpo por exemplo mãos), moderada (=2, quando duas ou mais regiões forem afetadas com o mãos e pés, face e axila) e intensa (=3, quando apresentar em todo o corpo).		Escore
12. <u>Boca seca</u> (DC): diminuição da produção de saliva, que deixa a boca seca, sem umidade, sensação de secura na boca.		Escore
12. <u>Boca seca</u> (DO): ao examinar o paciente observar sinais de boca seca, sem umidade e sobre o relato do paciente, observar se solicita a ingestão de líquidos com freqüência, nos casos de jejum é comum esta queixa. Pode ser avaliado como ausente (=0) ou presente (=1).		Escore

Continua ...

... continuação

13. Medo da morte (DC): Presença de inquietação, de apreensão em face a um perigo real ou imaginário. Apreensão, receio, temor, sobre salto. Verbalização do medo da morte.	
13. Medo da morte (DO): O paciente pode relatar verbalmente o medo da morte durante a entrevista, verbalização do medo da morte, risco de vida, risco na cirurgia ou anestesia. Podendo estar ausente (=0) ou presente (=1)	
14. Choroso (DC): Que chora muito. Angustiado, lamento, queixoso.	
14. Choroso (DC): Relato verbal de choro ou observação direta pelo entrevistador. Pode ser mensurado como: Ausente (=0) ou presente (=1).	
15. Motilidade intestinal alterada (DC) aumento ou diminuição do número de evacuações, aumento ou diminuição do peristaltismo e do hábito intestinal.	
15. Motilidade intestinal alterada (DO) Relato verbal de alteração do hábito intestinal, diarréia ou obstipação, alteração do peristaltismo referido ou observado durante o exame físico. A frequência e consistência das evacuações, descrição da cor, odor, volume, presença ou não de sangue, muco, dor a evacuação, sensação de puxo tenesmo, perda involuntária de fezes, distensão abdominal.	

LEVIN, R. F.; MILLER, B. K-. 1999. Fator relacionado Anestesia cirurgia hospitalização Doença pós-operatório Falta de familiaridade com experiência Ambiental Outros (SURIANO, MLF; MICHEL, JLM; BARROS, ALBL, 2005).

Ansiedade – um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica, um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo.

É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça. (NANDA, 2006).

(sinais e sintomas afetivos) *	Escore
1. <u>Apreensão</u> (DC): Ato de prender, receio, ciúma preocupação, ter apreensão diante do desconhecido, compreensão, conhecimento	
1. Apreensão (DO): acontecimentos que podem ocorrer ou não, este estado pode ser relatado pelo paciente ou ser observado pelo entrevistador, pode ser mensurado como ausente (=0) e presente (=1).	
2. Nervosismo (DC): Emotividade exagerada, irritação, excitação. Estado caracterizado por distúrbios do sistema nervoso. Estado de excitação nervosa passageira ou permanente nervosidade. Estado de um indivíduo ansioso que pode apresentar problemas psicosomáticos variados.	
2. Nervosismo (DO): Este comportamento deve ser observado durante a entrevista com o paciente, devendo ser validado com o paciente. Observar emotividade, irritação, excitação, impaciência, agitação psicomotora e tremores. Pode estar ausente (=0) ou presente (=1).	
3. <u>Tensão</u> (DC): Estado de tensão. Rígidez em certas partes do organismo. Grande concentração física ou mental. Estado ou qualidade que é tenso. Estado de rigidez que se manifesta em certas partes do organismo. Excitação, enervamento. Situação que poderá desencadear uma ruptura, um conflito.	
3. <u>Tensão</u> (DO): Pode ser referido pelo paciente, devendo ser avaliada a rigidez em alguma parte do corpo do paciente, o relato ou sensação de rigidez ou diminuição da concentração mental. Podendo ser mensurado como ausente (=0) ou presente (=1).	
4. <u>Inquietação</u> (DC): Agitação, intranquilidade, desassossego, aflição. Que não está quieto, agitado pelo receio ou pela incerteza.	
4. Inquietação (DO): Observar agitação (ausente=0, presente=1), intranquilidade (ausente=0, presente=1), desassossego (ausente=0, presente=1), aflição (ausente=0, presente=1).	
5. <u>Angústia</u> (DC): Sensação física acompanhada de opressão dolorosa; Agonia, aperto, apreensão. Inquietude profunda que oprime o coração. Tremor difuso, podendo ir da inquietação ao pânico. Compreende igualmente, impressões corporais penosas como constrição torácica ou laríngea. Alguns autores distinguem a ansiedade (fenômeno psíquico) da angústia (fenômeno físico).	
5. <u>Angústia</u> (DO): Pode ser relatado pelo paciente: opressão dolorosa (ausente=0, presente=1), agonia (ausente=0, presente=1) Apreensão (ausente=0, presente=1) aperto (ausente=0, presente=1).	
6. <u>Ansioso</u> (DC): Que sente ansiedade, próprio da ansiedade angustiado, preocupado. Impaciente, sófregos, ávido. <u>Ansiedade</u> : angústia, aflição, grande inquietude. Desejo veemente, impaciência, sofreguidão, avidez. "Mal-estar ao mesmo tempo psíquico e físico, caracterizado por temor difuso, sentimento de insegurança, desgraça iminente. De preferência, reserva-se o nome de angústia para as sensações físicas que acompanham a ansiedade (constrição torácica, distúrbios vasomotores, etc.) Na prática os dois termos são sinônimos" (PIÉRON, 1978).	
6. Ansioso (DO): Pode ser relatado pelo paciente ou observado pelos sinais de: angústia, aflição, inquietude, preocupação, impaciência, sofreguidão, avidez, alterações fisiológicas (PA e P). Pode ser mensurado como ausente (=0) ou presente (=1).	
(sinais e sintomas fisiológicos) *	Escore
7. Freqüência respiratória anormal (DC): Aumento do número de movimentos respiratórios por minuto, tendo-se como parâmetro de normalidade para adultos 12 a 22 rp/m.	
7. Freqüência respiratória anormal (DO): Observar o aumento ou diminuição do número de movimentos respiratórios durante um minuto, tendo como referência a freqüência do paciente. Observar a variação na profundidade e regularidade da respiração, indicada em termos de presença ou ausência, durante um minuto ou o período que se fizer necessário. Pode ser avaliado como normal, com FR = 12-22 rp/min. e anormal quando este valor for acima de 22 rp/min, devendo o valor ser anotado. Comparar com parâmetros anteriores.	
8. Pulso aumentado(DC): Aumento na freqüência das contrações do coração percebidas numa artéria do corpo humano.	
8. Pulso aumentado (DO): verifica-se o pulso utilizando-se o dedo indicador e o dedo médio do examinador colocados sob pressão em uma artéria do paciente, sendo contados o número de pulsos durante um minuto, podendo ser avaliado além da freqüência, a amplitude da mesma, presença de arritmias, pulso filiforme, cheio. Normalmente a artéria de escolha é a artéria radial, depois a braquial, carótida, pediosa, femural, poplítea. Pode ser avaliado como normal 60-100 bat/min ou anormal acima de 100 bat./min devendo ser colocado o seu valor numérico. Comparar com parâmetros anteriores.	
9.Boca seca (DC): diminuição da produção de saliva, que deixa a boca seca, sem umidade, sensação de secura na boca.	
9.Boca seca (DO): ao examinar o paciente observar sinais de boca seca, sem umidade e sobre o relato do paciente, observar se solicita a ingestão de líquidos com freqüência, nos casos de jejum é comum esta queixa. Solicitar para o paciente que tente acumular saliva na boca e avaliar após se apresenta ou não presença de saliva. Pode ser avaliado como ausente (=0) ou presente (=1).	
10.Perspiração aumentada (DC): sudorese aumentada. Ato ou efeito de perspirar, que é transpirar sensivelmente ou não por toda a superfície.	
10.Perspiração aumentada (DO): Observação de suor intenso no paciente. Indicado em termos de ausência ou presença, podendo ser generalizada, ou localizada, por exemplo: mãos, pés, face, axilas. Atenção especial para esta característica pois pode ocorrer que alguns pacientes apresentem sudorese intensa, como nos casos de hiperidrose. Pode ser avaliada como ausente (=0), baixa (=1, apenas uma região do corpo por exemplo mãos), moderada (=2, quando duas ou mais regiões forem afetadas como mãos e pés, face e axila) e intensa (=3, quando apresentar em todo o corpo).	

Continua ...

... continuação

11. <u>Fadiga</u> (DC): Sensação de cansaço ao realizar pequenas atividades. Pode ocorrer alteração de freqüência respiratória, relato de falta de ar, desânimo, fraqueza. Estado fisiológico ou emocional consecutivo a um esforço prolongado. A um trabalho físico ou intelectual intenso e que se traduz por dificuldade em continuar tal esforço ou trabalho, estafa, esgotamento. Sensação penosa causada pelo esforço ou trabalho intenso (efeito muscular), cansaço.	Escore
11. <u>Fadiga</u> (DO): observar a freqüência, o tipo de atividade que causa a fadiga, o período do dia, se existe alteração de freqüência respiratória. Existe correlação entre o relato de fadiga e de insônia ou sono interrompido? Quais são as atividades realizadas que causam a fadiga, ou ela é constante? Este comportamento pode ser observado pelo entrevistador ou pode ser relatado pelo paciente, devendo ser validado com o paciente. Pode ser avaliado como ausente (=0) ou presente (=1)	Escore
12. <u>Choroso</u> (DC): Que chora muito. Angustiado, lamuriante, queixoso.	Escore
12.Choroso (DC): Relato verbal de choro ou observação direta pelo Entrevistador. Podendo ser mensurado como: Ausente (=0) ou presente (=1).	Escore
13.Urgência urinária (DC): Que deve ser feito sem demora, que urge, com rapidez, premente, iminente. Sensação desconfortável de iminente perda urinária.	Escore
13.Urgência urinária (DO): Pode ser relatado pelo paciente ou observado pelo entrevistador, pode ser mensurado como: ausente (=0) ou presente (=1).	Escore
14. <u>Náusea</u> (DC): sensação de desconforto na região do estômago, com tendência a vômitos, sensação de repugnância.	Escore
14. <u>Náusea</u> (DO): este comportamento pode ser observado pelo entrevistador ou pode ser relatado pelo paciente, observar a freqüência, duração e a correlação com odores, alimentos, situações. Pode estar ausente (=0) ou presente (=1).	Escore
15. <u>Vômito</u> (DC): ato ou efeito de vomitar, as matérias expelidas por quem vomita	Escore
15. <u>Vômito</u> (DO): este pode ser observado pelo entrevistador ou pode ser relatado pelo paciente, observar a freqüência, a duração, o aspecto e a correlação com odores e alimentos. Esta reação pode estar ausente (=0) ou presente (=1).	Escore
(sinais e sintomas comportamentais) *	
16. <u>Insônia</u> (DC): Privação, ausência de sono. Vigília, impossibilidade ou dificuldade de adormecer ou de dormir suficientemente, sono interrompido sem conseguir conciliar novamente	Escore
16. <u>Insônia</u> (DO): Relato de insônia ou dificuldade para manter o sono. Pode ser avaliada como: Dificuldade para conciliar o sono (ou adormecer) ausente (=0) ou presente (=1). Sono interrompido com períodos de insônia ausente (=0) ou presente (=1).	Escore
17.Tremor de voz/ extremidades (DC): Agitação do corpo ou parte dele por pequenos abalos. Sucessão de oscilações rítmicas involuntárias em uma parte do corpo ou em todo ele. Recepto, temor.	Escore
Tremor de voz/ extremidades (DO): Pode ser mensurado pelo entrevistador: tremor de voz ausente (=0), presente (=1); Tremor de extremidades: ausente (=0), presente (=1).	Escore
18.Dor precordial / abdominal (DC): Dor: Sensação penosa desagradável, causada lesão ou estado anômalo do organismo ou parte dele. Sofrimento físico ou moral, aflição, mágoa. Angústia, amargura, expressão do sofrimento. Percepção dolorosa localizada no estômago, ou precordio ("bola" apertando o peito).	Escore
18.Dor precordial / abdominal (DO): Dor precordial pode ser relatada pelo paciente, considerar a localização, o tipo, a intensidade, a duração e os fatores desencadeantes. Pode ser mensurada como ausente (=0) ou presente (=1). Dor abdominal pode ser relatada pelo paciente, pode ser mensurada como: ausente (0) ou presente (1).	Escore
(sinais e sintomas cognitivos) *	
19. Verbalização do medo (preocupações e expressões) (DC): Ato ou efeito de verbalizar. Tornar verbal, expor algo verbalmente, o objeto do medo, as preocupações expressas.	Escore
19. Verbalização do medo (preocupações e expressões) (DO): O paciente pode relatar esta sensação durante a entrevista. Pode estar ausente (=0) ou presente (=1).	Escore

*LEV IN, R. F.; MILLER, B. K.- 1999. Fator relacionado Anestesia n cirurgia n hospitalização n Doença n pós-operatório n Ameaça de mudança no estado de Saúde, ambiente, status econômico n Outros n (SURIANO, MLF; MICHEL; JLM; BARROS, ALBL, 2005).

Anexo 2

Definição, Características Definidoras e Fatores Relacionados da Síndrome da Ansiedade Perioperatória (Suriano, 2005)

Síndrome da Ansiedade Perioperatória	
Definição - Estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, com sentimentos de apreensão defesa, incerteza, impotência, sensação desagradável e incomodade natureza vago e inespecífica, podem ocorrer sentimentos de isolamento, de alienação e insegurança.	
Características Definidoras	Fatores relacionados
Apreensão Nervosismo Verbalização Tensão aumentada Excitação Inquietação Boca seca Medo da morte Angustia Tremor de voz Relato verbal de ansiedade	Anestesia Cirurgia Pós-operatório Hospitalização