

Ana Cristina Neves¹

EXAMES DE DIAGNÓSTICO NÃO-INVASIVOS

A ansiedade percebida pelo paciente*

Resumo: O presente artigo analisa em que medida a informação prestada aos utentes antes da realização de exames de diagnóstico não-invasivos, contribui para a redução da ansiedade percebida pelo sujeito. A amostra do estudo constituída por 50 utentes de um hospital da área de Lisboa e Vale do Tejo, de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 20 e 70 anos, foi dividida em dois grupos; i) Experimental (informados) e ii) Controlo (não-informados). Recorremos à adaptação portuguesa do *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) como instrumento de medida e foram originalmente construídos cinco Folhetos Informativos, contendo informação específica sobre os exames prescritos. Os resultados sugerem que, a ansiedade se correlaciona negativamente com a informação prestada e com o nível de habilitações literárias dos utentes não-informados. Os dados obtidos sugerem ainda, níveis de ansiedade mais elevados para o género feminino e evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, em função das variáveis demográficas .

Palavras-chave: Informação prestada ao doente, ansiedade percebida, exames não-invasivos de cardiologia.

NON-INVASIVE DIAGNOSTIC TESTS

The patient's perceived anxiety

Abstract: This article analyzes to what extent the information provided to patients before performing non-invasive diagnostic examinations, helps to reduce the anxiety perceived by the subject. The study sample consisted of 50 users of a hospital of the area of Lisbon and Tagus Valley, of both sexes aged between 20 and 70 years, was divided into two groups; i) Experimental (informed) and ii) Control (uninformed). We used the Portuguese adaptation of the *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) as a measuring tool and were originally built five Informative leaflets containing specific information about the prescribed examinations. The results suggest that anxiety was correlated negatively with the information provided and with the level of educational attainment of non-informed users. The data suggest too, higher levels of anxiety for female gender and suggest differences statistically significant between the two groups, in function of the demographic variables.

Keywords: Information provided to the patient, perceived anxiety, non-invasive examinations of cardiology .

¹ Professora Adjunta da Egas Moniz - Cooperativa de Ensino Superior (Portugal)
Doutoranda em Psicologia da Educação na Universidade de Lisboa (anaccseven@gmail.com)

*A autora não escreve segundo o Novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa

INTRODUÇÃO

A literatura tem revelado que os níveis de ansiedade dos utentes que recorrem aos serviços de saúde aumentam à medida que se aproxima o dia da realização de exames de diagnóstico (Soares, Ribeiro, Lima, & Ribeiro, 1997) e, apesar de alguns factores tais como, o ambiente da sala de espera ou o momento que antecede a realização do exame influenciarem claramente, o comportamento e a adesão do utente, parecem não ser suficientes para atenuar ou reduzir a ansiedade sentida nesse momento. Todavia, a informação previamente prestada aos utentes não só é redutora de estados de ansiedade, como promove a sua colaboração, permitindo assim, resultados mais fidedignos dos exames. A ansiedade parece instalar-se desde que o exame é marcado e persiste até ao dia e hora em que o mesmo é realizado. Assim, tudo indica que a falta de informação quanto ao exame que vai ser realizado, leva a que os utentes formulem ideias erradas acerca do mesmo, implicando um aumento do desconforto e de reacções adversas (v.g. ansiedade), dificultando de certo modo, todo o processo de realização dos exames de diagnóstico e consequentemente influenciando negativamente os seus resultados (Anderson, 1987).

A informação prestada ao utente em contextos de saúde constitui-se deste modo, como uma das necessidades basilares dos nossos dias, deixando de estar consagrada apenas a alguns utentes, com base na subjectividade da preconcepção de que, quem detém informação tem, implicitamente, mais poder (Dias, 2005) para passar a constituir-se como um verdadeiro direito de qualquer cidadão (Pinto, 1991). Diariamente, chegam ao nosso conhecimento através dos meios de comunicação social (televisão, imprensa ou *Internet*) relatos, não só de novas doenças/epidemias, como também de tecnologias que permitem dar novas oportunidades de diagnóstico, tratamento e cura. Facto esse que, pode contribuir para o aumento de interrogações algo geradoras de receios/medos por parte dos utentes dos serviços de saúde ao substituir a passividade de outrora da Pessoa-Doente face à sua saúde e doença, pela adopção de comportamentos mais pró-activos, através da procura/busca de in-

formação (Ribeiro, 1998). A tomada de consciência dos seus direitos enquanto utente dos serviços de saúde (Beauchamp & Childress, 2013; Dias, 2014b; Pinto, 1991; Spencer, 1981) permite ao utente que de forma autónoma, possa assumir um comportamento de procura de informação através dos meios que tem ao seu alcance, sempre que esta não seja facultada por parte dos profissionais de saúde, ou suficiente para satisfazer as suas necessidades informativas. Entre esses direitos figura o “*direito a ser informado*” sobre todos os aspectos em geral, inclusivamente a forma como se deve preparar, em particular, para os exames não invasivos (Electrocardiograma, Prova de Esforço, Holter, Mapa e Ecocardiografia), bem como, saber em que consiste a prossecução desses mesmos exames. Na verdade, todos os pacientes têm o direito de obter do profissional de saúde as informações necessárias de modo a poderem adaptar-se, participando e colaborando na execução dos diferentes exames de diagnóstico. Existem, assim, várias formas de aceder à informação, todavia, os utentes nem sempre recorrem aos meios de informação mais adequados (Dias, 1994, 1999, 2014a, 2014b). A forma mais adequada de manter os utentes devidamente informados, é fornecer-lhes toda a informação possível de acordo com os seus valores e estratégias de *coping* (Dias, 1999, 2005, 2014b) e essa tarefa deverá configurar-se como uma das responsabilidades electivas dos profissionais de saúde (Ribeiro, 1998).

Como deve ser prestada a informação?

Partimos do pressuposto que, cada Pessoa faz uma interpretação peculiar da informação recebida. Assim, para se prestar informação específica ao doente sobre em que consistem os exames de diagnóstico, para que servem e como se realizam, são requeridas competências comunicacionais específicas por parte dos Profissionais de Saúde, bem como uma sensibilidade particular para antecipar e compreender os seus sentimentos, preocupações e necessidades (Durá, 1990; Labrador & Bara, 2004; Neves, Ribeiro & Rodrigues, 2012). A forma como a informação é transmitida e a linguagem utilizada assumem um papel fundamental no esclarecimento do utente. Oral ou escrita, a informação deverá ser prestada

através de uma linguagem simples e acessível, de modo a ser compreendida pelo utente incentivando, assim, a comunicação interpessoal (Dias, 1999, 2005, 2014a, 2014b; Durá, 1990).

O direito-dever de informar o Doente reflecte, em parte, a importância de um dos princípios éticos de Beauchamp e Childress (2013) - o princípio da *Autonomia* - que implica promover tanto quanto possível, comportamentos autónomos por parte dos pacientes, informando-os convenientemente, assegurando a sua correcta compreensão da informação ministrada e a livre decisão. Na verdade, alguns estudos defendem a preferência dos utentes em geral, quanto a serem informados sobre o diagnóstico e de outros aspectos relacionados com a sua doença (Reynolds, Swanson-Fisher, Poole, Harker, & Byrne, 1981; Spencer, 1981; Dias, 1994, 1999, 2014b). No entanto, quando se avalia o grau de satisfação dos utentes, a literatura tem revelado que a informação se constitui como um dos aspectos dos cuidados de saúde com o qual os doentes se encontram menos satisfeitos (Hall & Dornan, 1988; Neves, Ribeiro & Rodrigues, 2012). Consideramos assim, ser de enorme importância fornecer informação adequada ao utente, sobre os diferentes exames que vai realizar, com o objectivo de melhorar a sua satisfação e consequentemente diminuir a ansiedade vivenciada. Para tal é fundamental investigar diferentes estratégias para facilitar a informação prestada indo assim, ao encontro das necessidades peculiares de cada utente.

O presente estudo exploratório tem como finalidade averiguar em que medida a informação prestada de forma escrita, pelos profissionais de saúde acerca dos exames não invasivos, influencia o estado de ansiedade dos utentes, no momento da realização dos mesmos. Assim, pretendemos: (1) averiguar se a informação prestada aos utentes contribui para uma diminuição da ansiedade no momento da realização de exames de diagnóstico não invasivos; (2) analisar se a informação prestada aos utentes do género masculino/feminino contribui para uma diminuição da ansiedade; (3) constatar se os indivíduos com habilitações literárias mais elevadas revelam níveis de ansiedade inferiores; (4) avaliar a influência que a informação prestada exerce na redução da ansiedade vivencia-

da pelos indivíduos, tendo em conta o tipo de exame não invasivo, neste caso específico, de cardiologia.

Em suma, com este estudo pretendemos averiguar a importância da informação escrita fornecida aos sujeitos, antes da realização de exames de *diagnóstico não-invasivos*, bem como analisar as consequências positivas, nomeadamente as variáveis redutoras de ansiedade, com o intuito de favorecer a adaptação Psicossocial do utente.

MÉTODOS

Participantes

Os participantes deste estudo exploratório constituíram uma amostra de conveniência de 50 adultos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 20 e 70 anos, que recorreram ao serviço de Cardiologia de um Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo para a realização de exames complementares de diagnóstico não-invasivos, nomeadamente, o Electrocardiograma, o Holter, as Provas de esforço, o Ecocardiograma e o MAPA. A amostra foi dividida em dois grupos específicos: i) o grupo *Experimental* ao qual foi facultada informação escrita acerca do exame a realizar; e ii) o grupo de *Controlo* em relação ao qual, não foi facultada qualquer tipo de informação. Foram excluídos deste estudo crianças adolescentes e indivíduos com patologias congénitas.

Instrumentos

A recolha da amostra foi efectuada através de um instrumento de auto-preenchimento, constituído por duas partes: 1) Dados Demográficos: idade, género, habilitações literárias, questões de conhecimento/familiaridade com o exame (v.g. se já realizou alguma vez o exame, se tem ou não informação acerca do exame de diagnóstico que vai realizar e onde a adquiriu) e questões de opinião (v.g. qual o seu grau de ansiedade antes do exame); 2) Avaliação da Ansiedade: através da adaptação portuguesa do *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) de Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vaag, e Jacobs (1983), constituído por duas escalas de resposta tipo *Likert* (20 itens cada): uma avalia a **Ansiedade – Traço** (relacionada com as características ansiogénicas

da personalidade do indivíduo); a outra avalia a **Ansiedade – Estado** (relacionada com a ansiedade sentida no momento).

Foram ainda originalmente elaborados cinco **Folhetos Informativos**, desdobráveis em tamanho A4, contendo informação sobre cada um dos exames de diagnóstico não invasivos envolvidos no presente estudo: i) “*em que consiste o exame*”; ii) necessidade de “*preparação prévia*”; iii) “*como é realizado*”; iv) qual a sua “*duração*”; v) envolvimento de algum “*risco*”.

Procedimento

Para proceder à recolha da amostra, foi requerida uma autorização formal à Direcção e Comissão de Ética do Hospital seleccionado para a realização do presente estudo. Foi ainda efectuado um pré-teste, com o objectivo de detectar eventuais dificuldades. No primeiro contacto com cada participante, foi solicitada a sua participação, assegurando contudo, a confidencialidade e o anonimato. Foram formados dois grupos (G1- experimental e G2 - controlo). Aos participantes do grupo 1,

após ter sido aplicado o questionário demográfico, foi fornecida informação suplementar (através dos *Folhetos Informativos* adequados a cada exame de diagnóstico), e em seguida foi aplicado o STAI (inventário de ansiedade). Aos participantes do grupo 2, apenas foi aplicado o questionário demográfico e logo de seguida o STAI.

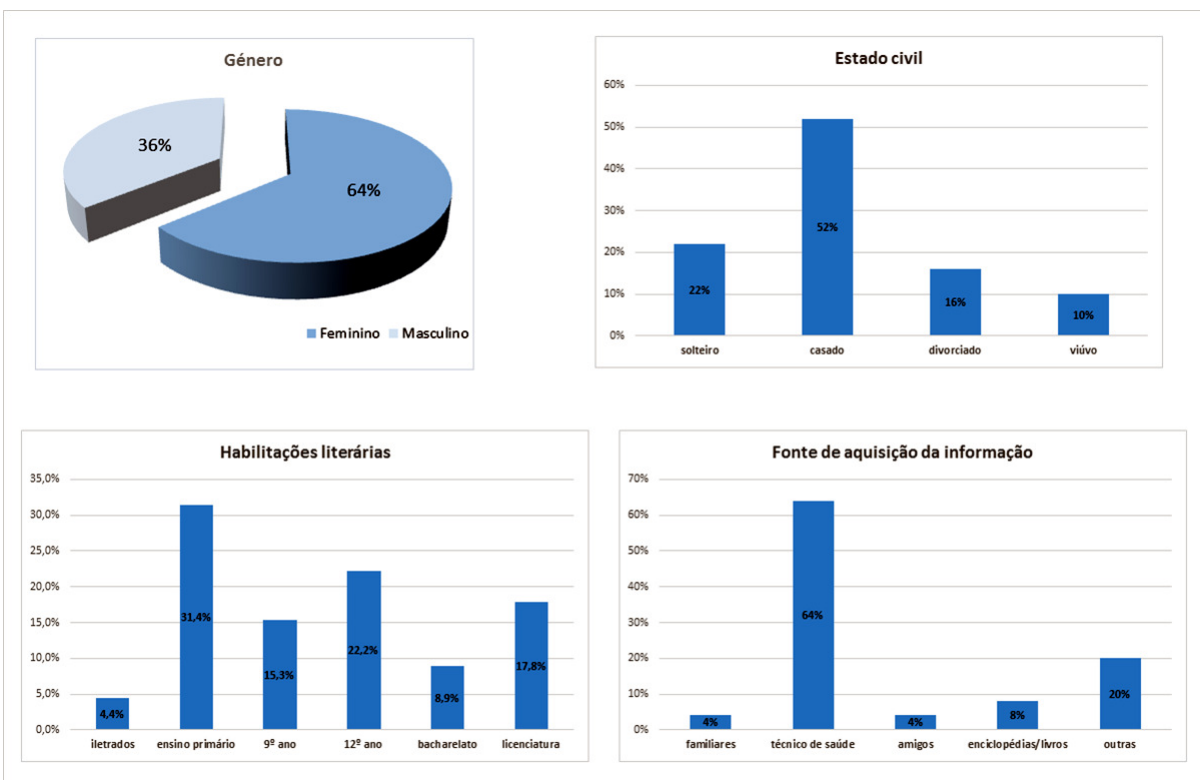
RESULTADOS

Para o tratamento estatístico dos resultados foi utilizado o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) Base 19.0 para Windows.

Características da Amostra

A amostra foi constituída por 50 participantes conforme pode ser observado no Quadro 1.

No que respeita ao exame efectuado (ECG, MAPA, Prova de Esforço, Holter e Electrocardiograma), foi obtido um número equitativo de participantes para cada exame e seleccionados de forma aleatória para cada um dos grupos estudados. Relativamente à questão sobre ser a primeira vez a realizar o respectivo exame, 48%



Quadro1- Caracterização da amostra segundo o género, estado civil, habilitações literárias e fonte de aquisição da informação utilizada pelos participantes

dos inquiridos responderam “sim”, 46% responderam “não” e 6% responderam “não sabe”. A maioria dos participantes, mais precisamente 97,8% consideraram ser importante adquirir informação acerca do exame a realizar.

Comparação entre grupos para a variável Ansiedade Em função da Informação

Para avaliar a existência de diferenças entre os utentes informados e os não informados para a variável ansiedade, recorreu-se ao teste t de *Student*, efectuando-se, assim, a comparação de médias para as duas amostras independentes. Os resultados revelam ser estatisticamente significativa a diferença das médias da **Ansiedade-Estado** entre os dois grupos, sendo mais elevada nos utentes sem informação ($M = 48,72$), $t(25) = 5,031$ $p < 0,001$. Ainda em função da informação prestada, foram averiguados os níveis de ansiedade antes e depois do exame de diagnóstico, entre os dois grupos seleccionados (informados e não informados), recorrendo-se ao teste não-paramétrico de *Mann-Whitney* para comparação das duas distribuições. Os resultados denunciam ser estatisticamente significativa a diferença da distribuição das respostas relativamente ao nível de ansiedade entre os dois grupos, tanto no que se refere à ansiedade manifestada antes do exame ($p < 0,01$; utentes informados $M=1,00$; **utentes não informados $M=1,80$**) como depois da realização do exame de diagnóstico ($p < 0,05$; utentes informados $M=0,28$; **utentes não informados $M=0,68$**) sendo, em ambos os casos, superior em utentes sem informação prestada.

Em função do género

Foi efectuada uma análise através da aplicação de testes t de *Student*, de comparação de médias para as duas amostras independentes para cada tipo de ansiedade vivenciada. Ao comparar os grupos do género feminino, os resultados revelam ser estatisticamente significativa a diferença das médias da **Ansiedade-Estado**; as utentes sem informação evidenciam valores estatisticamente mais elevados ($M = 49,67$) do que as informadas ($M = 39,50$), $t(32) = 2,965$, $p < 0,01$. Para o género masculino, foram encontradas diferenças estatisticamente significativa

para a **Ansiedade-Estado** ($p < 0,001$), evidenciando os utentes sem informação, valores estatisticamente mais elevados ($M = 49,29$) do que os sujeitos informados ($M = 29,45$), $t(18) = 4,508$, $p < 0,001$.

Comparando a variável *género* dos participantes do grupo de controlo (sem informação), os resultados revelam ser significativa a diferença das médias quer para a **Ansiedade-Estado** ($p < 0,01$), quer para a **Ansiedade-Traço** ($p < 0,001$). Na verdade, é o género feminino que parece manifestar valores estatisticamente mais elevados, quer para a **Ansiedade-Estado** ($M=45,22$), quer para a **Ansiedade-Traço** ($M=46,84$, $t(50) = -4,951$). Comparando o género do grupo experimental (informados), os resultados revelam ser significativa a diferença das médias quer para a **Ansiedade-Estado** ($p < 0,05$), quer para a **Ansiedade-Traço** ($p < 0,01$). É o grupo de sujeitos do género feminino que parece manifestar valores estatisticamente mais elevados quer para a **Ansiedade-Estado** ($M=39,50$, $t(25) = -2,740$), quer para a **Ansiedade-Traço** ($M=46,86$), $t(25) = -3,435$.

Para avaliar a existência de diferenças relativamente ao nível de ansiedade entre os utentes não informados do género masculino e as utentes não informadas do género feminino foi efectuada uma análise, através da aplicação de testes t de *Student*, de comparação de médias para as duas amostras independentes para cada tipo de ansiedade.

Os resultados revelam ser estatisticamente significativa a diferença das médias da **Ansiedade-Traço**, entre os dois grupos ($p < 0,05$), obtendo-se valores mais elevados nas mulheres ($M= 49,67$) do que nos homens ($M= 46,29$), $t(25) = -0,852$. Para a **Ansiedade-Estado**, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os utentes não informados ao nível dos Grupos/ Género de sujeitos seleccionados ($p = 0,403$).

Em Função das Habilitações Literárias

Para averiguar a relação linear entre cada tipo de ansiedade e a variável habilitações literárias, procedeu-se à análise de correlação de *Pearson*. Para os utentes **não informados**, os resultados revelam existir uma correlação negativa moderada entre as Habilitações literárias e a **Ansiedade-Traço** ($p < 0,05$).

	G1 - Utentes Informados		G2 - Utentes Não-informados	
	Ansiedade -Traço M	Ansiedade-Estado M	Ansiedade -Traço M	Ansiedade-Estado M
ECG	39,20	32,40	40,80	48,40
PE	36,00	35,40	46,00	44,60
MAPA	35,80	29,80	45,20	50,80
HOLTER	40,80	35,00	38,00	46,00
ECO	48,80	42,80	48,20	53,80

Quadro 2 - Relação entre o nível de ansiedade dos utentes informados e não informados e o tipo de exame não-invasivo

Em Função do Tipo de Exame

Para analisar a relação entre o nível de **Ansiedade-Traço** tanto dos utentes **informados** como o dos **não-informados** e o tipo de exame não invasivo, recorreu-se ao teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis*, para efectuar a comparação de duas ou mais distribuições. Para analisar a relação entre o nível de **Ansiedade-Estado** quer dos utentes **informados** como o dos **não-informados** e o tipo de exame não invasivo, recorreu-se ao teste ANOVA. Apesar dos resultados em qualquer um dos casos, não revelarem diferenças estatisticamente significativas, podemos observar no Quadro 2, que o **Ecocardiograma** comparativamente com os restantes exames de diagnóstico não invasivos analisados, é aquele que revela níveis de ansiedade mais elevados.

DISCUSSÃO

As principais questões basilares do presente estudo surgem a partir do pressuposto de que, a informação prestada aos utentes interfere de forma negativa com o estado de ansiedade, quando os sujeitos são submetidos a exames não invasivos, peculiarmente, **de cardiologia**.

A literatura científica revela que a prescrição e a realização de exames efectuados no âmbito cardiológico desencadeiam, de uma forma geral, um aumento de ansiedade vivenciada pelo utente. Este facto poderá, eventualmente ser explicado pela importância intrapsíquica e fantasmática atribuída ao coração como um órgão vital, percebido também como um órgão de grande simbolismo afectivo (Anderson, 1987; Dias, Neves, Simões, Evangelista & Santos, 2016; Fontaine, Kulbertus

& Étienne, 1996; Serafino & Smith, 2014). Desta forma, é natural que os utentes com problemas cardíacos se deparem com possíveis ameaças inconscientes de invalidez crónica, o que poderá desencadear um aumento da ansiedade de estado tendo em conta que, a ansiedade pode ser definida como uma emoção vivenciada como desagradável, induzida pela antecipação de *emergência de perigo ou frustração* que pode, eventualmente, ameaçar a segurança, a homeostasia ou a própria vida do indivíduo (Neves & Ribeiro, 2000; Spielberger et al., 1983; Vaz Serra, Ponciano & Relvas, 1982. Por este motivo, prevemos que subsista uma elevada ansiedade nos utentes que por indicação médica são levados a efectuar este tipo de exames. Na verdade, o presente estudo revelou ser estatisticamente significativa, a diferença para a **Ansiedade-Estado** entre os dois grupos de utentes comparados (informados e não-informados), sendo manifestamente superior no grupo de utentes sem informação prestada. Este resultado parece ser congruente com Soares, Ribeiro, Lima e Ribeiro (1997) ao referirem que os utentes mais informados, evidenciam menos desconforto, ansiedade e depressão, no período que antecede a realização de exames de diagnóstico. Segundo Anderson (1987) quanto maior é o nível de ansiedade dos utentes, pior tende a ser a sua colaboração na realização dos exames interferindo no resultado dos mesmos. Deste modo, a preparação psicológica para os exames não invasivos de cardiologia torna-se fulcral, nomeadamente através da informação prestada, na medida em que reforça a diminuição da ansiedade vivida no momento do exame.

Em relação à **Ansiedade-Traço** não se verificaram, no presente estudo, diferenças estatisticamente significativas tanto para o grupo controlo (utentes não-informados) como para o grupo experimental (utentes informados). A este respeito, como sugerem outros investigadores (Dias, 1999; Ribeiro, 1998), torna-se vital que o profissional de saúde explique ao utente em que consiste o exame de diagnóstico a realizar, recorra a um vocabulário adaptado ao nível de literacia do Doente, evite termos técnicos, saliente o papel dos diversos exames requeridos e esclareça todos os pormenores importantes, certificando-se, assim que, não existem quaisquer dúvidas ou receios por parte do utente (Dias, 1994, 2014b; Neves, Ribeiro & Rodrigues, 2012).

Ainda em função da informação, o presente estudo averigua o nível de ansiedade dos utentes informados e não-informados antes e depois da realização de exames de diagnóstico. Os resultados obtidos sugerem que tanto antes, como depois da realização dos exames, existem diferenças estatisticamente significativas de ansiedade vivenciada em ambos os grupos (utentes informados e não-informados), apesar de essa diferença ser mais acentuada nos utentes sem informação. Tal pode dever-se, ao facto da falta de informação levantar confabulações erróneas acerca do exame e das reacções adversas durante a sua execução, estimulando inconscientemente no sujeito o aumento da ansiedade vivida (Ribeiro, 1998).

O profissional de saúde pode ter aqui um papel fundamental na tranquilização do paciente e, consequentemente na diminuição de estados ansiosos. Deste modo, sugerimos a utilização de **Folhetos Informativos**, com o objectivo de elucidar os utentes acerca de exames não invasivos, facto este que, parece ser congruente com toda a problemática levantada neste estudo: Indivíduos Informados revelam menores níveis de ansiedade na realização de diferentes exames de diagnóstico.

Os resultados revelam ainda, diferenças estatisticamente significativas entre os utentes-informados de ambos os géneros, tanto para a **Ansiedade-Estado** como para a **Ansiedade-Traço**, indicando níveis superiores para o género feminino. Em consonância com o que a investigação tem evidenciado (Neves & Ribeiro, 2000; Tarlow & Haaga, 1996; Vaz Serra, Ponciano & Relvas,

1982; Zuckerman, 1989) é o género feminino que apresenta maiores níveis de ansiedade comparativamente com o género masculino, todavia é para a **Ansiedade-Traço** que os valores médios são superiores, o que sugere que a informação ajudou a diminuir a ansiedade percebida no momento do exame. A literatura refere que os valores de ansiedade elevados no género feminino devem-se, a uma maior emocionalidade, relacionada com factores de ordem hormonal a que provavelmente, se associam outros factores (Vaz Serra, Ponciano & Relvas, 1982). Uma possível explicação para este resultado pode estar relacionado com a pressão que, de uma maneira geral, a mulher moderna enfrenta para dar resposta às exigências sociais.

Por outro lado, como revela um estudo efectuado por Hallstrom e McClure (1998), os homens são mais resistentes em admitir algum problema e tentam mascarar esse sentimento, muitas vezes bebendo álcool, enquanto as mulheres são mais sensíveis e exprimem a sua ansiedade de uma maneira mais clara. Assim, as diferenças de género apresentadas no presente estudo parecem estar de acordo com os dados encontrados na literatura científica consultada, que também apontam para o facto do género feminino apresentar níveis mais elevados de ansiedade, comparativamente com o género masculino.

Quanto aos utentes não-informados de ambos os géneros, o presente estudo revela existirem diferenças estatisticamente significativas para a **Ansiedade-Traço**, sendo manifestamente superior para as utentes do género feminino, o que poderá ser elucidado por questões eventualmente relacionadas com factores de ordem da personalidade, genética e questões hormonais, como foi referido anteriormente (Vaz Serra, Ponciano & Relvas, 1982).

No presente estudo, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, para a **Ansiedade-Estado**, o exame de diagnóstico que se destacou tanto no grupo de utentes informados como no de utentes não-informados, foi o **Ecocardiograma**. Ao contrário dos resultados obtidos, seria de esperar que a **Prova de Esforço** desencadeasse maiores níveis de ansiedade, tendo em conta que é um exame que exige actividade física notória - correr num tapete rolante no qual se vai aumentando a velocidade e a inclinação, obrigando

do o sujeito a um esforço físico maior e a uma adaptação constante do indivíduo, o que, na nossa opinião, poderia implicar o desencadear de maiores níveis de ansiedade. No entanto, tal não se verificou, talvez pelo facto de, nos dias de hoje, os utentes se encontrarem familiarizados com a passeadeira rolante, visto a mesma estar presente na maioria dos ginásios, cada vez mais frequentados por todas as faixas etárias da população em geral, na medida em que a prática do desporto além de ser uma moda de “*culto do corpo*” (Delaney, O’Keefe & Skene, 1997; Theron, Neal & Lubbe, 1991) se constitui como uma das preocupações de bem-estar actuais. A esse propósito, salientamos que o interesse recente pelo papel do exercício físico na promoção da saúde tem vindo a crescer (Breslow & Engstrom, 1980; Geada, Justo, Santos, Steptoe, & Wardle, 1994) o que justifica o recurso ao ginásio e consequente familiarização com os equipamentos também utilizados no âmbito do desporto.

Contudo, contrariamente ao que era de esperar, os nossos resultados evidenciaram que o **Ecocardiograma** desencadeia na maioria dos utentes um aumento significativo dos níveis de ansiedade quando comparados com os outros exames complementares de diagnóstico investigados. Uma das explicações prováveis pode assentar no facto deste exame ser mais complexo na sua execução, levando o utente a inferir inconscientemente que a sua prescrição pode estar algo relacionada com uma doença grave. Outra explicação possível pode estar relacionada com o ambiente no qual é efectuado este exame. A sala escura e o acesso directo às imagens do órgão coração e os ruídos emitidos, muitas vezes não perceptíveis, podem por ventura, desencadear possíveis medos subjectivos, responsáveis pelo aumento da ansiedade.

No presente estudo, para o grupo dos não-informados tendo em conta o nível de habilitações literárias, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para a **Ansiedade-Estado**. Contudo, os valores evidenciam diferenças estatisticamente significativas para a **Ansiedade-Traço**. Os dados sugerem, ainda, uma correlação negativa entre estas duas variáveis. Assim, quanto maior o grau de habilitações literárias, menor é o nível de ansiedade vivenciada. Uma explicação possível pode estar conotada com o facto de,

um maior nível de instrução escolar dos sujeitos, permitir ao indivíduo aceder a várias fontes de informação, nomeadamente de natureza escrita, que seria também responsável pela diminuição dos níveis de ansiedade.

Relativamente aos utentes-informados, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que se refere às habilitações literárias, tanto para a **Ansiedade-Estado**, como para a **Ansiedade-Traço**. Estes resultados estão de acordo com a explicação anterior. Assim, independentemente do grau de habilitações literárias do utente, não existem diferenças estatisticamente significativas para os valores da ansiedade, isto é, pelo facto de ser prestada informação acerca do exame que vão efectuar, estes utentes são capazes de controlar as suas emoções, tendo a informação um valor *amortecedor* da variável ansiedade.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, podemos sugerir as seguintes conclusões: (1) Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de utentes (informados e não informados) para a Ansiedade-Estado. De realçar que os utentes sem informação prestada revelam níveis de ansiedade mais elevados que os utentes com informação adquirida. Constatou-se, também, que ambos os grupos apresentam níveis de ansiedade superiores antes da realização do exame complementar de diagnóstico, no entanto, é para o grupo dos utentes sem informação que essa diferença é notória; (2) Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as utentes do género feminino nos dois grupos seleccionados - informadas e não informadas - para a Ansiedade-Estado. As utentes do género feminino não informadas, evidenciam valores da variável ansiedade estatisticamente mais elevados do que as utentes informadas; (3) Os resultados sugerem, ainda, diferenças estatisticamente significativas para a Ansiedade-Estado ao nível dos utentes do sexo masculino- informados e não informados-, sendo o grupo dos não informados o que revela níveis de ansiedade estatisticamente mais elevados. Ainda, no que diz respeito às diferenças de género, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os utentes informados, tanto para a Ansieda-

de-Estado como para a Ansiedade-Traço, indiciando níveis superiores para o sexo feminino. De realçar que é para a ansiedade de traço que os valores estatísticos são superiores; (4) Relativamente ao grau de habilitações literárias, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que se refere à Ansiedade-Traço dos utentes não informados, sugerindo que a maiores níveis de habilitações deste grupo de utentes, correspondem menores níveis de Ansiedade-Traço.

O estudo apresentado depara-se com algumas limitações de factores amostrais que impedem uma real representação da população portuguesa. A recolha da amostra efectuada impede a extrapolação de padrões geoculturais e a sua influência no presente estudo. Na verdade, sendo esperado que, um maior desenvolvimento da literacia nas zonas litorais se demonstrasse influente no conhecimento e informação das populações, um alargamento geográfico da amostra em estudo permitiria, assim, apurar quais as localidades populacionais que revelavam uma maior carência ao nível da informação prestada.

O segundo factor limitativo reside na tentativa de representação da estratificação sociocultural e económica da população com uma amostra de dimensão reduzida (50 inquiridos). Em termos estatísticos, teria sido importante uma divisão mais explícita de grupos sociais que permitissem apurar individualmente, as características

inerentes a cada um deles. Do mesmo modo, uma divisão da população em faixas etárias não foi conseguida, pela falta de elementos representativos em dimensão suficiente; seria interessante analisar também, qual a relação entre as variáveis idade e ansiedade presentes em cada uma das faixas etárias.

Deste modo, apenas foram averiguadas as mudanças inter-individuais e não mudanças intra-individuais, sugerindo-se assim que, o presente estudo seja um ponto de partida para futuras investigações que visem aprofundar a relação entre essas variáveis e as variáveis socio-culturais e económicas, em função da ansiedade e da informação, no âmbito dos exames não invasivos **de cardiologia**. Consideramos ser este um tema de elevada importância, na medida em que, nos confrontamos constantemente com receios, dúvidas e ansiedades por parte dos utentes que são submetidos à avaliação diagnóstica não invasiva em cardiologia, algo retardadores do trabalho no terreno do profissional de saúde. A informação revela-se mais uma vez, uma componente essencial na redução da ansiedade, muitas vezes, geradora de enviesamento dos resultados obtidos. Em termos práticos, ao serem reduzidos estes factores iremos contribuir para uma maior eficácia dos serviços de saúde proporcionando uma melhoria na gestão dos recursos humanos e materiais.

Referências bibliográficas

- Anderson, E.A. (1987). Preoperative preparation for cardiac surgery facilitates recovery, reduces psychological distress, and reduces the incidence of acute postoperative hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 513-520.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. (7ª ed). Oxford: Oxford University Press.
- Breslow, L. & Engstrom, J. (1980). Persistences of health habits and their relationship to mortality. *Preventative Medicine*, 9, 469-483.
- Delaney, M.E., O'Keefe, L.D. & Skene, K.M. (1997). Development of a sociocultural measure of young women's experiences with body weight and shape. *Journal of Personality Assessment*, 69(1), 63-80.
- Dias, M.R. (1994). Informar os doentes oncológicos: uma perspectiva de intervenção. In T. McIntyre (Ed.). *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. (pp. 139-155). Braga: APPORT.
- Dias, M.R. (1999). A doente veterana: Saberes esquecidos nos sistemas de saúde. *Análise Psicológica*, 3(17), 499-512.
- Dias, M.R. (2005). *Serão os Mass Media Estrategas de Saúde?*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dias, M.R. (2014a). *A Esmeralda Perdida: A informação prestada ao doente oncológico* (3ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Dias, M.R. (2014b). Is the oncology patient a participant actor?: Designing psychosocial profiles. *Psychology in Russia: State of the Art*, 7(3), 51-65.
- Dias, M.R., Neves, A.C., Simões, N.P., Evangelista, J.G. & Santos, J.M. (2016). X-Ray vision: Mental representation of the human body's inner morphology. *International Journal of Current Research*, 8(6), 32783-32791.

- Durá, E. (1990). *El dilema de informar al paciente de câncer*. Valência: NAU Llibres.
- Geda, M., Justo, J. Santos, S., Steptoe, A. & Wardle, J. (1994). Hábitos de Saúde, Comportamentos de Risco e Níveis de Saúde Física e Psicológica em Estudantes Universitários. In T. McIntyre (Ed.). *Psicologia da Saúde – Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras* (pp. 157-175). Braga: APPORT.
- Hall, J.A. & Dornan, M.C. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine*, 27(6), 637-644.
- Hallstrom, C. & McClure, N. (1998). *Anxiety and Depression: Your questions answered*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Fontaine, O., Kulbertus, H. & Étienne, A.M. (1996). *Stress et Cardiologie*. Paris: Éditions Masson.
- Labrador, F.J. & Bara, E. (2004). La información del diagnóstico a pacientes de câncer. *Psicooncología*, 1(1), 51-66
- Neves, A.C. & Ribeiro, J. L. (2000). A influência do auto-conceito e da ansiedade na saúde de estudantes universitários. In J.L. Ribeiro, I. Leal & M.R. Dias (Eds.) *Psicologia da Saúde nas doenças crônicas. Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (pp. 67-88). Lisboa: ISPA.
- Neves, A.C., Ribeiro, S., & Rodrigues, A. T. (2012). Communication skills of healthcare professionals with patients with hearing impairment. *Psychology & Health*, 27: sup1, 288-289.
- Pinto, R.L. (1991). Direito de informação e segredo de justiça no direito português. *Revista da Ordem dos Advogados*, 51(2), 509-523.
- Reynolds, P. M., Swanson-Fisher, R. W., Poole, A. D., Harker, J. & Byrne, J. (1981). Cancer and communication: Information in an oncological clinic. *British Medical Journal*, 282, 1449-1454.
- Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Serafino, E., & Smith, T.W. (2014). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions* (8ª Ed). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Spencer, J. J. (1981). Telling the right patient. *British Medical Journal*, 283, 291-292.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vaag, P. & Jacobs, G. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (form y)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Soares, M.C., Ribeiro, A., Lima, P. & Ribeiro, J. L. (1997). O efeito do fornecimento de informação na ansiedade pós-operatória numa população portuguesa de pacientes candidatos a cirurgia cardíaca. In J. L. Ribeiro (Ed.) *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 481-491). Lisboa: ISPA.
- Tarlow, E.M., & Haaga, D.A (1996). Negative self-concept: Specificity to depressive symptoms and relation to positive and negative affectivity. *Journal of Research in Personality*, 30 (1), 120-127.
- Theron, W.H., Neal, E.M. & Lubbe, A.J. (1991). Relationship between body-image and self-consciousness. *Perceptual & Motor Skills*, 73(3), 979-983.
- Vaz Serra, A., Ponciano, E. & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra de população portuguesa - I. – Resultados da aplicação numa amostra de população normal. *Psiquiatria Clínica*, 3(4), 191-202.
- Zuckerman, D.M. (1989). Stress, self-esteem, and mental health: How does gender make a difference?. *Sexes Roles*, 20(7), 429-444.