

INTERVENÇÃO DIALÓGICA E ATENUAÇÃO DA ANSIEDADE NO EXAME DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA*

Mário Roberto Agostinho da Silva

Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo

1 - Introdução

A presente pesquisa tem como objetivo mostrar a relação entre intervenção dialógica e atenuação da ansiedade no exame de Endoscopia Digestiva Alta, fornecendo subsídios às equipes de saúde para que possam melhor lidar com este fenômeno psíquico.

Trata-se aqui a ansiedade como uma experiência humana que preenche um papel funcional na interação com o meio ambiente; uma emoção caracterizada por sentimentos de previsão de perigo, tensão, aflição e pela vigilância do sistema nervoso simpático (Davidiff, 1983) . Dessa forma, implica em um conjunto de manifestações físicas , como taquicardia, sudorese, hiperventilação e tensão muscular além de manifestações psicológicas , como apreensão, alerta e inquietude (Dratcu, 1993).

A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é um exame indicado como auxílio no diagnóstico e tratamento de doenças do esôfago, estômago e duodeno. Para sua realização é utilizado um endoscópio, aparelho constituído por uma câmara de vídeo acoplada a um tubo de borracha flexível.

A indicação e realização deste tipo de procedimento provoca sempre um certo nível de ansiedade no paciente e, por extensão, na equipe encarregada de atendê-lo.

Este nível de ansiedade é consideravelmente maior quando se trata de um procedimento ainda desconhecido para o paciente. Em tais situações, a observação empírica tem demonstrado que o seu desconforto já se instala a partir do momento da indicação, quando seu imaginário passa a ser fortemente influenciado pelas informações que lhe chegam através de pessoas de sua convivência.

* Projeto de Prática de Pesquisa I e II, intitulado: **Influência de um Novo Modelo de Orientação a pacientes encaminhados para procedimentos diagnósticos invasivos como atenuador de ansiedade**, desenvolvido em um ano (agt./95 - agt./96, Recife/PE) pelo graduando **Mário Roberto Agostinho da Silva** do curso de Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco (CFCH-UFPE), sob a orientação do Professor Adjunto (doutor) **Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo** do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFPE) . Participaram nesta pesquisa a acadêmica de Psicologia (CFCH-UFPE) **Fabiana Bandeira do Espírito Santo** e a graduanda do curso de Enfermagem (CCS-UFPE) **Edna Miranda Costa**.

A orientação de rotina, prestada no momento do agendamento do exame e que poderia ser um elemento esclarecedor e atenuador desta ansiedade não parece ter qualquer influência sobre a mesma, direcionada que está apenas para as recomendações acerca das restrições alimentares na véspera do exame e da necessidade de se trazer um acompanhante cuja função junto ao paciente raramente é explicada.

A ansiedade tende a crescer à medida em que se aproxima o dia do exame, e o ambiente da sala de espera, nos momentos que antecedem a realização do mesmo, não contribuem para atenuá-la.

Desse modo, o contato do paciente com a sala de exame, a equipe e o instrumental a ser utilizado, produz um impacto emocional de intensidade variável mas que, certamente, repercute sobre sua percepção levando a uma predisposição negativa em relação ao mesmo.

Toda esta carga prévia de ansiedade deve determinar dificuldades adicionais à realização do exame exigindo da equipe maior habilidade no manejo da situação, maior tempo para a execução do procedimento e, por vezes a suspensão do mesmo pela total inviabilidade de sua execução.

A análise das questões que cercam a realização deste exame, ultrapassa um enfoque estritamente médico, alcançando proporções que vão além do exercício das atividades clínicas tradicionais.

Exigem a compreensão do paciente como um ser biopsicossocial e pressupõem levar-se em consideração as interferências que tais procedimentos, principalmente quando são ainda desconhecidos para o paciente, provocam nas suas condições de vida, saúde e trabalho. Lidar com estas questões requer uma aproximação interdisciplinar entre as assim chamadas ciências da saúde e as ciências humanas, sendo este esforço integrativo justificado, no caso da endoscopia digestiva, pela alta prevalência que as doenças gastroenterológicas alcançam na população; pela elevada indicação deste tipo de exame para diagnóstico de boa parte delas e pelo risco aumentado de complicações, durante sua realização, quando a pessoa examinada se mostra excessivamente tensa.

2 - Metodologia

A pesquisa utilizou como referencial metodológico o modelo de investigação epidemiológica do tipo Estudo de Coortes, no qual a orientação recebida acerca do exame se constituiu no fator em estudo e a ansiedade manifestada com relação ao exame foi considerado o efeito clínico.

O Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital das Clínicas da UFPE (HC), onde foi realizada a pesquisa, está instalado no prédio do Ambulatório realizando cerca de 50 intervenções diárias em pacientes ambulatoriais e das enfermarias. Atualmente, encontra-se equipado para realizar exames de

endoscopia digestiva alta (esofagogastroduodenoscopia), endoscopia digestiva baixa (colonoscopia), ultrassonografias abdominal e pélvica e colangeografia com RX. A nível de pessoal, conta com uma enfermeira, cinco auxiliares de enfermagem, uma recepcionista e 11 médicos, além de estudantes e residentes de medicina.

3

O material utilizado nesta pesquisa foi submetido, inicialmente, a uma fase de pré-

-teste, sendo aplicado a 10 usuários da Endoscopia Digestiva Alta. Em seguida, foram efetuadas as modificações necessárias ao início da coleta de dados.

A marcação deste exame é efetuada no próprio Serviço de Endoscopia, onde o paciente recebe uma orientação de rotina acerca do mesmo. No dia aprazado, é introduzido em uma sala onde já começa a ser preparado para o exame, recebendo parte da medicação enquanto aguarda ser chamado. Na Sala de Exame, são administrados os demais medicamentos e a equipe realiza então o procedimento. Em seguida, volta à sala anterior, onde aguarda passar o efeito da medicação.

Foi estabelecida uma amostra aleatória correspondente a 32 pacientes, o que representa aproximadamente 3,2 % da demanda anual, encaminhada a partir dos ambulatórios do HC ao seu Serviço de Endoscopia Digestiva, para a realização, pela primeira vez, deste procedimento.

Os pesquisadores se alternaram na realização das três etapas de observação, de modo que o mesmo paciente tivesse sempre um observador diferente em cada uma das etapas de realização do exame, com vistas a evitar possíveis inferências acerca do comportamento do paciente durante o mesmo.

Os pacientes, quando do comparecimento para marcação do exame, recebiam a orientação feita de rotina pelo Serviço. Logo após, eram encaminhados a uma sala onde passavam pela entrevista inicial (semi-dirigida). Nesta entrevista, procurava-se avaliar a adequação da orientação que tinham acabado de receber, com base no conhecimento demonstrado acerca do exame, além de registrar-se sua atitude frente à expectativa de realizá-lo.

Obedecendo-se a uma alternância, um paciente era enquadrado no *Grupo Índice* ao passo que o seguinte passava a fazer parte do *Grupo Controle* e assim sucessivamente, o que proporcionou um *Grupo Índice* de 17 pacientes e um *Grupo Controle* de 15.

Os integrantes do *Grupo Índice*, após a entrevista inicial, foram submetidos à intervenção dialógica feita com o auxílio de um álbum seriado, este espaço de intervenção tinha como objetivo esclarecê-lo sobre o exame, os instrumentos nele empregados e sua dinâmica de realização. O *Grupo Controle*,

diferentemente do *Grupo Índice*, não foi submetido a intervenção sendo liberado logo após a entrevista inicial.

Durante o exame, foi utilizada uma ficha de observação, construída com base na Escala de Avaliação da Ansiedade de Max Hamilton (Sougey, 1987), um dos instrumentos de medida dos sinais e sintomas da ansiedade mais utilizados, acrescida de ítems dirigidos à observação do comportamento da equipe responsável pelo exame.

Finalizado o procedimento endoscópico o paciente era entrevistado pelo pesquisador que o observou na sala de exame, acerca de sua percepção sobre a experiência vivida desde a marcação. Este último momento de observação tinha lugar em uma outra sala, após o paciente ter permanecido na sala de repouso, em média, cerca de 30 minutos, esperando passar o efeito da medicação.

4

3. Resultados e discussão

Trata-se de uma análise descritiva dos resultados obtidos após a coleta dos dados.

3.1 - Caracterização da amostra

Distribuição da Amostra segundo Sexo, Faixa Etária e Grupo na pesquisa.

Faixa Etária	15 a 30 anos		31 a 50 anos		Maiores de 50 anos		TOTAL	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Grupo								
Índice	1	4	2	4	2	4	5	12
Controle	1	2	4	4	3	1	8	7
TOTAL	2	6	6	8	5	5	13	19

A composição da amostra, revela uma predominância do sexo feminino no Grupo Índice (2,4 para cada indivíduo do sexo masculino), ao contrário do Grupo Controle, no qual as duas categorias praticamente se equivalem.

O mesmo ocorreu no que diz respeito à composição por faixa etária onde foi observado que, notadamente nas faixas de 15 a 30 anos e acima de 50 anos o Grupo Índice contou com maior número de indivíduos. Ao contrário, na faixa de 31 a 50 anos foi o Grupo Controle que contou mais indivíduos.

3.2- Conhecimento dos entrevistados acerca do exame antes de sua realização

Quando perguntados se conheciam o exame que iriam realizar, apenas nove dos 32 entrevistados responderam afirmativamente. Entretanto, foi possível identificar no discurso de nove dos que referiram não conhecê-lo, a referência a pessoas que lhes teriam passado algum tipo de informação. Na verdade, a negação quanto a este conhecimento, pareceu estar ligada ao fato de não ter ainda feito o exame.

No que diz respeito a caracterização do informante, embora tenham sido citados familiares e vizinhos, na maioria das vezes tratava-se de pessoas estranhas ao convívio diário do paciente, destacando-se aqui outros pacientes com os quais manteve contato no próprio hospital.

De uma maneira geral, os entrevistados não relataram ter tido, por parte do profissional que lhe indicou o exame ou do pessoal encarregado da marcação, uma informação a respeito do mesmo que fosse além da recomendação do jejum e de estar acompanhado no dia de realizá-lo. Ainda assim, em sua maioria revelaram desconhecer a finalidade específica de tais recomendações.

5

A falta de informação acerca do processo do exame, mostrou ter influenciado diretamente as formulações errôneas acerca do mesmo aumentando, conseqüentemente, o desconforto e as reações adversas durante sua realização. Pacientes que ouviram dizer que se " passava mal, que faltava a respiração", apresentaram reações que correspondiam, na íntegra, as descrições que lhes tinham feito do exame. O paciente que relatou na entrevista inicial ter ouvido dizer que a "pessoa ficava sem fôlego e que vomitava", apresentou durante o exame regurgitação, dificuldade em relaxar e inquietação, entre outras manifestações . Este paciente, ao término do exame e ainda sobre a mesa disse que "já sabia que isto ia acontecer", mas que o exame "foi muito bom ! " e não era como imaginava que fosse. Uma vez na Sala de Repouso, disse aos

pacientes que lá esperavam para fazer o exame, que não se preocupassem pois o mesmo não era ruim.

Casos como os acima descritos demonstram até que ponto a informação incorreta, em situações como esta, é capaz de provocar manifestações emocionais indesejáveis nas pessoas que a recebem e a aceitam como verdadeira. A ansiedade parece ter se instalado a partir do momento da marcação do exame, permanecendo até o dia e hora de sua realização. O exame dos relatos não deixa dúvidas de que o nível dessa ansiedade ultrapassa aquele limiar considerado adequado, enquanto mantenedor da sobrevivência, implicando, na verdade, em sofrimento adicional e desnecessário ao usuário daquele procedimento.

O conteúdo das respostas dadas como representativas do que os entrevistados sabiam a respeito do exame podem ser classificadas, quanto a sua natureza, em três categorias:

- Sensações que se imagina seja provocada pelo exame;**
- Dinâmica de realização e materiais utilizados;**
- Objetivo do exame.**

Numa delas estão agrupadas aquelas que dizem respeito à sensação que se imagina seja provocada pelo exame. Algumas destas respostas são vagas, como por exemplo:

"Nunca vi, sei que é horrível, me disseram que não é nada bom..."

Em outras fica melhor caracterizado o desconforto dizendo o que o procedimento seria doloroso, que o deixaria dopado ou que provocaria sangramento, náuseas , dificuldade respiratória.

"... o povo diz que passa uma mangueira da grossura de um dedo e que dói , a pessoa sangra e fica sem fôlego. Outros dizem que não sentiu nada"

Todos, no entanto, acusavam algum tipo de temor face à realização do exame.

Em outra categoria se acham agrupadas as respostas que informam acerca dos materiais utilizados no exame e da sua dinâmica de realização. De maneira geral estes pacientes revelaram ter uma noção muito próxima do que de fato acontece, desde a fase de preparação, quando são utilizados medicamentos destinados a analgesia e sedação, o posicionamento na mesa de exame, onde se fica "deitado de lado", até a introdução do endoscópio, descrito como "uma mangueira de borracha" que é introduzida pela boca indo até o estômago.

6

"... toma um líquido e coloca uma borracha para ver dentro do estômago, e sente um pouco de desconforto."

Foram registrados depoimentos que revelam o grau de desinformação acerca do exame: como o que informava tratar-se da introdução, no abdomen, de uma agulha de grandes proporções, através da qual se via o interior do mesmo.

"... o pessoal lá fora tá comentando. Têm uns que diz que enfia uma agulha na barriga. Agora eu queria saber como é ? "

Um outro entrevistado disse saber tratar-se da introdução, pelo nariz, de uma mangueira do calibre de um dedo.

"... passa uma borracha pelo nariz até dentro da barriga e que alguns acham ruim outros não."

Tais relatos, no entanto, foram raros e o que parece mais importante, na análise deste grupo de respostas é a falta de um conhecimento mais detalhado sobre a margem de segurança das medidas desenvolvidas bem como a finalidade das mesmas e a sua possibilidade de interromper o processo em qualquer etapa.

Por fim, foram registradas respostas francamente direcionadas para o objetivo do exame, que seria "ver o estômago por dentro para saber o que tem de errado".

"... passa uma borracha pela boca até o estômago para visualizar e identificar o que estar errado e alguns dizem que doi. Mas como vou fazer o exame então passarei pela experiência e vou saber se doi ou não..."

Indagados se consideravam suficiente seu nível de conhecimento a respeito do exame, metade dos entrevistados respondeu afirmativamente. Os demais dividiram-se entre os que declaravam conhecer "alguma coisa", aqueles que não estavam interessados em saber sobre o exame mas sim sobre o resultado e aqueles que diziam não ter dúvidas a esclarecer pelo fato de nada saberem sobre o assunto.

Sobre a natureza das dúvidas foi possível identificar que diziam respeito a aspectos os mais diversos . Alguns entrevistados questionavam se a indicação daquele tipo de exame já revelava a suspeita de uma doença muito grave. Outros, não tinham clareza acerca das recomendações feitas por ocasião da marcação, como no caso da restrição alimentar como parte da preparação para a realização do exame. Houve também aqueles que se mostraram curiosos em saber com detalhes as etapas pelas quais deveria passar no dia do exame e a probabilidade de passar mal, com riscos de desmaios ou vômitos. Foram ainda registradas dúvidas quanto a "limpeza" do instrumento empregado, pelo fato de "passar pela boca de muitas pessoas". É importante destacar o pedido de um dos entrevistados, no sentido de receber uma explicação que lhe "acalmasse o nervosismo". Outro respondente, enfatizou sua resistência em marcar o exame devido as reações desagradáveis que este lhe suscitava.

7

".... meu marido disse que coloca uma borracha, as pessoas dizem que coloca uma borracha. Olha ! eu já fui marcar por três vezes e desisti, tremia tanto, por isso eu não marquei antes. Tremia tanto, ficava agitada, muito nervosa, fico com medo de vomitar. Eu fico muito nervosa só em falar. Mas eu criei coragem quando o meu marido fez e disse que eles aplicam uma injeção e você fica dopada, deita e relaxa, ai foi que eu criei coragem para marcar. Quando ele (o marido) fez pela primeira vez no (cita um hospital) não deram nada para ele tomar e foi muito ruim. Todo mundo saia com dor e reclamavam muito. Já aqui ele disse que aplicam essa injeção e eu criei coragem e vim hoje..."

Há, portanto, fortes indícios de que a solicitação de um exame desta natureza desencadeia na maioria dos pacientes um nível significativo de ansiedade decorrente, em grande parte, do desconhecimento a respeito do mesmo, desconhecimento este que não é trabalhado no hospital em nenhuma fase do período pré-exame .

3.3 - Diferenciação dos Grupos acerca das intervenções realizadas

- Grupo Índice

Verificou-se que os usuários em sua grande maioria mostraram-se receptivos e interessados quando da intervenção dialógica, o que foi possível observar pelas reações posturais destensionadas e pela verbalização deste contentamento.

"... ao mesmo tempo eu lhe agradeço por explicar. Quando eu vim fazer o cateterismo eu não sabia, ai agente fica nervoso. Nos explicando assim, fica mais fácil e não dá nervoso".

Fato marcante foi a necessidade demonstrada por estas pessoas de serem ouvidas, aproveitando o espaço aberto, no término das entrevistas, para que se colocassem livremente, no sentido de discorrerem sobre assuntos concernentes a sua patologia e ao seu despreparo em enfrentar a situação de exame.

Se a intervenção dialógica parece ter conseguido atuar reduzindo a ansiedade decorrente do processo de exame, aspecto para o qual foi direcionada, não aboliu os temores relativos ao resultado do procedimento diagnóstico. Mesmo no *Grupo Índice*, usuários que, após a intervenção, demonstraram estar informados sobre as diversas etapas do exame, denotavam ansiedade diante da possível descoberta ou confirmação de uma patologia grave e incurável.

"...só queria saber o que tenho e ficar curada, pois já faz cinco anos que me trato na minha cidade e não tenho melhorado..."

- Grupo Controle

Já as entrevistas com os usuários do *Grupo Controle* permitiram concluir que eles chegam a sala de exame sem ter sido informados sobre a justificativa para indicação do mesmo. Na verdade, o nível de desinformação diz respeito a questões ainda mais simples e de interesse imediato. Exemplo disto foi a frequência com que chegaram a sala de entrevista, usuários trazendo diversas solitações de exames sem saber, absolutamente, onde deveriam ir para marcá-los. Situações como esta levam os usuários a buscarem suprir o vazio de informação com outros usuários. Neste processo, as "orientações" costumam ser distorcidas, fantasiosas e reações pessoais adversas são generalizadas, criando expectativas defensivas, elevando o nível de ansiedade a um grau indesejável.

3.4 - O tempo transcorrido desde a marcação até a realização do exame

A variável *intervalo de tempo entre marcação e realização do exame* não pôde ser controlada devido a dinâmica do Serviço, a demanda de exames que este realiza e aos critérios para a realização dos mesmos levando a optar-se pelos casos mais urgentes. Não foi possível, desta forma, analisar se houve interferência desta variável sobre o nível de ansiedade dos entrevistados.

O que pôde ser evidenciado a partir dos resultados é que este tempo, com duração média de 20 dias, não parece ter influenciado no sentido de levar ao esquecimento da orientação prestada, tendo em vista que só um dos entrevistados da intervenção dialógica referiu não recordar a

orientação fornecida sobre o exame que, no seu caso, ocorreu em um prazo de 14 dias, portanto, inferior a média.

As reações adversas ao exame apresentadas pelos sujeitos parecem estar mais ligadas a problemas emocionais mais profundos, à espera na sala em contato com outros sujeitos, ao comportamento da equipe e as intercorrências durante o exame.

3.5 - O ambiente institucional onde se aguarda a introdução na Sala de Exame.

Como já foi descrito, para a mesma Sala onde se aguarda o chamado para o exame e onde tem início a preparação medicamentosa para o mesmo, retornam os pacientes que já o realizaram.

Tal situação leva aquele que vai realizar pela primeira vez o procedimento ao contato direto com pacientes que retornam da sala de exame e com aqueles oriundos das enfermarias, portando sondas ou equipos de soro e sendo transportados em cadeiras de rodas. Este contato, segundo o relato de alguns entrevistados, parece desencadear manifestações ansiosas e aversivas à situação de exame tendo em vista que ao saírem da sala de exame alguns pacientes apresentam tontura e regurgitação entre outras reações. Já o paciente hospitalizado apresenta certas condições relacionadas com sua patologia que suscitam, com frequência, desconforto no seu observador. Esta imagem do outro sob tais condições parece alterar o estado de tranqüilidade ou de segurança anteriormente estabelecido, contribuindo assim para a manifestação de ansiedade durante a realização do exame.

3.6 - O tempo de duração do exame

O tempo gasto para a realização dos exames variou entre 5' e 23'. A média de duração foi de 10' 7". O Grupo Índice variou entre 5' e 20' com média de 10' 28", ao passo que o Grupo Controle variou entre 5' e 23' com média em torno de 9' 46". Assim, embora o tempo médio de exame tenha se mostrado mais dilatado com relação aos integrantes do Grupo Índice, foi no Grupo Controle onde se registrou o tempo de duração individual mais longo que foi de 23'.

Atuaram como fatores responsáveis, nos dois grupos, pela dilatação do tempo o tipo e o estágio da patologia detectada no exame, já que alguns casos despertam maior interesse da equipe médica, o manuseio do endoscópio, quando feito por estudantes, certos problemas técnicos com a aparelhagem e o comportamento do paciente e da equipe. Os dois últimos serão analisados a seguir.

3.7 - Observação importante sobre o comportamento dos pacientes

durante o exame

Quanto ao comportamento do usuário, foi verificado que 14 pacientes, 7 pertencentes ao *Grupo Índice* e 7, ao *Grupo Controle*, tiveram dificuldades durante a realização do procedimento, apresentando reacções tais como resistência à manipulação, gestos tensos, dificuldades para engolir o aparelho, rigidez muscular, dificuldades em relaxar e inquietação, entre outros. Alguns destes tiveram o procedimento de exame interrompido mais de uma vez esforçando-se a equipe na tentativa, nem sempre eficaz, de acalmá-los.

Alguns médicos enxergam como solução para tais casos o reforço medicamentoso da sedação, como alternativa para obter-se a relaxação e, desta forma, facilitar a execução do procedimento. Tal conduta, tomada dentro de critérios que garantem a segurança necessária face a susceptibilidade individual de cada paciente, estaria sendo largamente utilizada na clínica particular.

Sem dúvida, a atuação da equipe durante o exame tem decisiva influência no estado emocional do paciente, podendo reforçar ou neutralizar o efeito relaxador de tensão produzido pela orientação prévia sobre o exame. Sempre que a equipe não tomava a iniciativa de prestar esclarecimentos ao paciente sobre o exame, demonstrava maior interesse pela patologia do que pelo paciente, deixava-o isolado das conversas que mantinham sobre assuntos diversos e não abria espaço para que ele pudesse ser ouvido, o paciente demonstrou maior dificuldade para realizar o exame.

Em contrapartida, percebeu-se que quando a equipe se mostrou interessada, esclarecedora, cordial e tranqüila, esta dificuldade foi atenuada, sendo muito mais facilitada a execução do exame. Parece, portanto, que ao lado da orientação e dos esclarecimentos prévios aos usuários encaminhados para o exame, uma atuação adequada da equipe se faz de fundamental importância no sentido de reduzir o nível de ansiedade gerada pela perspectiva e pela realização do exame.

Assim sendo, ao lado dos aspectos técnicos referentes a qualidade do material empregado e a habilidade no seu manuseio, das características próprias de cada paciente e de sua patologia, a informação ao paciente sobre o exame e a qualidade da relação estabelecida entre ele e a equipe representam fatores de suma importância para que o exame se realize sem a presença e sem o prolongamento de um estímulo aversivo, que pode aumentar as respostas indesejáveis para a equipe e , principalmente, para o paciente.

4 - Conclusão

Dos dados obtidos neste estudo podemos constatar que existe uma grande desinformação entre os pacientes examinados sobre o exame de Endoscopia Digestiva Alta, contribuindo para o aumento das respostas indesejáveis do paciente ao mesmo, fruto da ansiedade gerada a partir de sua solicitação e mantida, quando não reforçada, até sua realização. A ausência de uma intervenção dialógica por parte de quem solicita o exame e de quem o marca, leva o paciente à tentar suprir o seu desconhecimento consultando fontes que lhe parecem mais acessíveis. Estas, na maioria das vezes, levam a informações errôneas, estimulando o aumento desta ansiedade.

Foi visto que esta atitude ansiosa gera desagradáveis manifestações físicas e psicológicas para o paciente, como medo, tensão, cefaléia e insônia, entre outras, causando alteração no cotidiano dessas pessoas.

Outros fatores que contribuíram significativamente para a qualidade de realização do exame foram o comportamento da equipe, os eventuais problemas relacionados com o funcionamento da aparelhagem e seu manuseio, além do grau de interesse acadêmico despertado pela patologia.

É necessário considerar que é inerente ao exame endoscópico um certo grau de desconforto físico, que pode incluir dor na garganta e no estômago, náusea, tontura e sonolência. Em paralelo e também como efeito destas sensações, é comum o surgimento de manifestações, durante a sua realização, como medo, *nervosismo*, gestos tensionados, inquietação, dificuldades em relaxar e respirar. Tais manifestações, quando exacerbadas, interferem em todo o processo de execução do exame causando estresse ao paciente e à equipe envolvida.

Este comportamento demonstrou ser passível de controle mediante a correta e detalhada orientação sobre o exame, prestada ao paciente quando da indicação ou, pelo menos, quando da marcação do mesmo. Esta conclusão é reforçada não apenas pela análise das entrevistas e da *performance* de pacientes na sala-de-exame, mas pelos relatos posteriores à realização do procedimento, colhidos junto ao grupo não-orientado, a maioria deles revelando que a experiência produziu um incômodo muito menor do que se supunha. Ao lado desta impressão, foi detectado que a sensação de alívio deste grupo, após o exame, era compatível com o término de um processo que produziu intenso desgaste.

Também demonstrou ter efeito positivo neste sentido a atitude acolhedora da equipe com relação ao paciente, no que diz respeito à atenção, ao interesse, ao nível de tranquilidade demonstrado e à clara disponibilidade para fornecer esclarecimentos adicionais que possam ser demandados por ele.

O papel da intervenção dialógica sobre o exame, como elemento atenuador da ansiedade por ele provocada, mostrou-se de fundamental importância podendo contribuir para que o paciente possa lidar com essa nova situação, dando-lhe condições de prever o acontecimento e manter um nível de expectativa favorável a sua execução.

Por outro lado, ficou claro de que este efeito precisa ser complementado por um comportamento adequado da equipe que atua no Serviço, o que inclui não apenas os responsáveis pela execução do procedimento, mas todos aqueles que têm contato com o paciente, promovendo a marcação do exame, a preparação para o mesmo e o acompanhamento do pós-exame.

Ficou evidenciado que há um alto nível de aceitação dos pacientes em relação à intervenção dialógica e que, no transcorrer da mesma revelam mudanças de postura à medida em que vão obtendo os esclarecimentos acerca do exame.

A orientação atualmente prestada pelo Serviço necessita passar por ampla reformulação, tendo em vista que o seu conteúdo limita-se a informar o dia e a hora de realização do procedimento, o intervalo permitido com relação à última refeição e a recomendação de vir acompanhado. Fica, portanto, o paciente, privado das informações que poderiam satisfazer sua curiosidade e atenuar seus temores acerca deste evento desconhecido no qual terá intensa participação.

A par do conteúdo do modelo desta intervenção, que deve conter informações acerca do instrumental, da medicação, do pessoal envolvido e das etapas que são seguidas na execução do exame, a experiência vivida na pesquisa demonstrou a importância de estarem

os integrantes do Serviço em condições de acolher todas as dúvidas e de trabalhar sobre pré-conceitos existentes, além de possuir sensibilidade e aptidão para considerar as diferenças individuais no plano físico e psicológico. Esta atitude com certeza implica num deslocamento de atenção, que atualmente parece concentrar-se nos aspectos técnicos do exame, de modo a promover a humanização do mesmo.

5. Referências Bibliográficas (revisada)

1. ANDREATINI, R., LEITE, J. R.(1994) IDATE traço: adaptação para avaliação da ansiedade durante sete dias. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Editora Científica Nacional Ltda - ECN, vol 43 (5): 259-265.Rio de Janeiro - RJ.

2. CAMPOS, J. , ESPÍRITO SANTO, A. C. G. , MANTOVANI, M. F.(1986).

Introdução à Saúde Pública. São Paulo - SP.

3. DAVIDOFF, L. L.(1983) Introdução à Psicologia.

Ed. McGRAW-HILL do Brasil, São Paulo - SP.

4. DRATCU, L.(1993) Ansiedade: conceito, classificação e biologia. Jornal Brasileiro

de Psiquiatria, Editora Científica Nacional Ltda - ECN, vol 42 (1): 19-32,

Rio de Janeiro - RJ.

5. LIMA, M. G. & Cols.(1993) Avaliação dos níveis de ansiedade através da Escala de Hamilton em pacientes submetidos à psicoterapia breve grupal dinâmica (PBGD) associada à medicação e PBGD sem associação medicamentosa. Jornal Brasileiro

de Psiquiatria, Editora Científica Nacional Ltda - ECN, vol 42 (7): 381-386,

Rio de Janeiro - RJ.

6. OLIVEIRA, M.H. P., VIETTA, E. P., MORIYA, T. M., GIR, E.(1987)
. Reações emocionais dos portadores de doenças sexualmente transmissíveis no momento

da confirmação do seu diagnóstico. Revista Brasileira de Enfermagem,

vol. 40 (1): 38-42, Brasília.

7. PELOSO, E. T. P. & BRAY, S. L.(1994). Teorias sobre a Ansiedade. Boletim de Psiquiatria, Lemos Editorial & Gráficos Ltda, vol. 27 (1):03-08. São Paulo - SP.

8. ROUQUAYROL, M. Z.(1993) Epidemiologia e Saúde. Editora J. Q. Campus , São Paulo - SP.

9. SOUGEY, E. B.(1987) As Escalas de Avaliação nos Ensaios Clínicos com Benzodiazepínicos A Propósito da Escala de Ansiedade de Hamilton.

Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Editora Científica Nacional Ltda - ECN, vol. 36 (1): 49-53. Rio de Janeiro - RJ.

10. STELA, F. (1991) Avaliação de traços e estados de ansiedade em pacientes hipertensos de centro de saúde. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Editora Científica

Nacional Ltda - ECN, vol. 40 (10): 497-499. Rio de Janeiro - RJ.