



Universidade do Algarve
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais



Mamografia, o exame assustador:
Estado de ansiedade e o momento, em relação à
realização do exame

(dissertação para obtenção do grau de mestre em psicologia da saúde)

Ana Maria Santos Nascimento

Mestrado em Psicologia na especialização em Psicologia da Saúde

Faro

(2009)

Nome: Ana Maria Santos Nascimento

Departamento: Departamento de Psicologia

Orientadora: Prof. Doutora Gabriela Gonçalves

Data: 29 Outubro de 2009

Título da Dissertação: Mamografia, o exame assustador:

Estado de ansiedade e o momento, em relação à realização do exame

Júri:

Presidente: Doutora Ida Manuela Andrade Timóteo Lemos, Professora Auxiliar da
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve;

Vogais: Doutora Gabriela Maria Ramos Gonçalves, Professora Auxiliar da Faculdade
de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve;

Doutora Isabel Cristina Dórdio Dimas, Professora Ajunta da Escola Superior
de Tecnologia e Gestão de Águeda da Universidade de Aveiro

A Deus, pois sem Ele nada seria possível, aos meus Pais que sempre me apoiaram e acreditaram em mim, e ao meu Esposo que nunca me deixou desanimar diante das dificuldades encontradas.

Agradecimentos

Agradeço a todos que me ajudaram de maneira directa ou indirecta na concretização desta tese, em especial:

À Prof^a. Doutora Gabriela Gonçalves, orientadora deste trabalho, que além de permitir aprender com as suas sugestões e ensinamentos, tive a oportunidade de contar com o seu apoio e estímulo.

À equipa que faz parte do Mestrado em Psicologia da saúde, pela contribuição importante na condução da primeira fase da pesquisa.

Ao hospital e clínica onde foi realizado o estudo, pela liberdade concedida para a realização do trabalho de campo.

À Maria Helena Boeiro, colega e amiga, por sua amizade, sua disponibilidade, apoio e força nos momentos difíceis.

À tia Alice, que sempre esteve presente na altura certa.

Aos colegas de turma do Mestrado, pelos momentos de estudo e pelos laços de amizade que se formaram ao longo deste trabalho.

Aos amigos, familiares e a todos que estiveram comigo no período de construção deste trabalho. Tenho a certeza de que sem a presença de cada um de vocês o caminho teria sido mais difícil.

Índice

Agradecimentos	IV
Resumo	VII
Abstract.....	VIII
Introdução.....	9
I. Investigação Teórica.....	12
1. Introdução	13
2. Ambiente hospitalar	13
2.1 Fobias associadas à Mamografia	14
2.2 Sala de espera: um ambiente ameaçador	15
3. O exame de Mamografia e a Mulher.....	17
3.1 Exposição do corpo	18
4. Ansiedade.....	19
4.1 Ansiedade estado	20
5. O papel do Técnico de Radiologia na abordagem à paciente que vai fazer Mamografia...	22
6. Prevenção e Diagnóstico precoce do cancro da mama	24
II. Investigação Empírica	26
1. Introdução	27
2. Hipóteses	27
3. Variáveis	27
4. Metodologia	29
4.1 População e Amostra	29
4.2 Instrumentos utilizados.....	30
4.3 Procedimento	31
5. Apresentação e Análise dos Resultados	31
5.1 Estado de ansiedade.....	32
5.1.1 Media de ansiedade.....	32
5.2 Análise descritiva – Correlacional.....	34
5.2.1 Motivo.....	35
5.2.2 Momentos	37
5.2.3 Que resultado espera.....	39
6. Discussão dos resultados.....	41
7. Conclusões Gerais	44

8.	Referências bibliográficas	47
9.	Anexos	53
	Anexo I - Inventario de ansiedade estado - traço (STAI).....	54
	Anexo II – Outputs	55

Índice Tabelas

Tabela 1 – Definição e Operacionalização das variáveis	27
Tabela 2 – Média de idades dos participantes	29
Tabela 3 – Participantes que fizeram mamografia pela 1º vez.....	29
Tabela 4 – Estado de ansiedade em função do momento e motivo da realização do exame	33
Tabela 5 – Frequência do motivo em função do momento do exame.....	35
Tabela 6 – Frequências dos efeitos antecipados à realização do exame em função do motivo da realização do exame.	35
Tabela 7 – Frequências do porquê, dos efeitos antecipados à realização do exame em função do motivo da realização do exame.....	36
Tabela 8 – Frequências das reacções obtidas na sala de espera em função do motivo da realização do exame.....	37
Tabela 9 – Frequências de como é realizado o exame em função do momento do exame.	37
Tabela 10 – Frequências do porquê dos efeitos antecipados à realização do exame em função do momento do exame.	38
Tabela 11 – Frequências do tempo que aguarda na sala de espera em função do momento do exame.....	39
Tabela 12 – Frequência do resultado que espera em função do Porquê do resultado esperado...	39
Tabela 13 – Frequência do resultado esperado em função do Porquê dos efeitos antecipados à realização do exame.....	40

Índice Gráficos

Gráfico 1 – Momento do exame	32
Gráfico 2 – Motivo da realização do exame.....	33
Gráfico 3 – Resultado esperado pelo participante	34

Resumo

A ansiedade que muitas mulheres vivenciam antes da realização do exame de mamografia pode ser provocada pelo desconhecido, por comentários feitos por outras mulheres que já tenham realizado este tipo de exame, pela exposição do seu corpo a uma pessoa estranha, pelo tempo de espera até à realização do exame e na maioria dos casos, pelo receio do resultado do exame (Spielberger, 1972).

O objectivo deste trabalho é avaliar o estado de ansiedade das mulheres quando sujeitas ao exame imagiológico “Mamografia”, ou seja, o estado de ansiedade e o momento, em relação à realização do exame.

Este estudo foi realizado numa Instituição Pública e numa Clínica privada do Algarve. Os dados foram recolhidos através de questionários de aplicação individual às mulheres que se dirigiram a estas duas instituições neste período de estudo, para realizarem o exame imagiológico “Mamografia”. A recolha realizou-se em três momentos diferentes, ou seja, após a entrega da requisição com o pedido do exame na recepção, imediatamente antes da realização do exame e após a realização do exame, de forma aleatória.

A nossa amostra é constituída por 201 mulheres distribuídas aleatoriamente, pelas três condições (momentos).

Ao nível da média de ansiedade, em relação ao momento do exame, os resultados mostraram que, o valor da média mais elevado é observado no segundo momento, que corresponde ao momento imediatamente antes da realização do exame.

Foram encontradas diferenças significativas no grupo de participantes que realizaram o exame de mamografia por rotina e que têm antecedentes familiares de cancro da mama (Salmon, 2002).

Abstract

The anxiety that many women go through before receiving a mammogram can be caused by uncertainty, comments made by women who have already undergone the procedure, the exposure of their body to diagnostic staff, the waiting period between referral and examination, and in most cases, the fear of examination results (Spielberger, 1972).

This paper will evaluate the state of women's anxiety when they are subjected to a mammogram screening procedure.

A study was conducted at a public and a private health institution in the Algarve. Data included in the study was collected through individual surveys completed by women who had undergone mammograms at these two institutions during the study period. Data collection occurred at three stages: after the presentation of the exam requisition at reception, immediately before and after the mammogram.

The survey was a random sample of 201 women distributed over the three data collection stages.

The highest average anxiety value was observed during the second of the three stages, that is, immediately before the mammogram was conducted.

However, we discovered significant differences in the average anxiety value within the sample among those participants who underwent a mammogram as a routine exam and those who had a history of breast cancer in their family (Salmon, 2002).

Introdução

O cancro da mama é, provavelmente, a doença mais temida pelas mulheres devido à sua frequência e sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos que afectam a percepção de sexualidade e a imagem pessoal (Bonnadona *et al.*, 1990; Instituto Nacional do Cancro, 2005). É uma doença relativamente rara antes dos 35 anos de idade, mas acima dessa faixa etária a sua incidência cresce rápida e progressivamente. Dos casos de cancro da mama, 78% são diagnosticados em mulheres acima dos 50 anos, 15% na faixa entre 40 e 50 anos e 6,5% naquelas com menos de 40 anos (Guedes *et al.*, 2004).

A preocupação crescente com a qualidade dos serviços prestados em mamografia, é algo que não se limita apenas aos aspectos puramente relacionados com o rigor técnico dos procedimentos e da precisão do diagnóstico médico. Deve existir a preocupação de manter e melhorar continuamente, a qualidade das relações interpessoais entre o Técnico de Radiologia e as pacientes (Tahka, 1998).

A importância da relação entre o Técnico de Radiologia e a paciente, as suas atitudes na relação com a paciente, são factores chave, que contribuem para a qualidade total do exame mamográfico (Tahka, 1998).

Abordar os conceitos de Ansiedade e Mamografia envolve necessariamente a referência a um conjunto de sentimentos e emoções que envolvem o ser humano no seu todo. Qualquer alteração a nível psicológico afecta o indivíduo na sua totalidade. Tendo em conta que, os indivíduos deste estudo são mulheres a partir dos 35 anos de idade, as alterações nos seus padrões físicos ou psicológicos acarretam, um conjunto de transformações provocando na sua vida um conjunto de mudanças quer a nível cognitivo, quer a nível social (Barraclough, 2000).

A ansiedade traduz-se por um sentimento de insegurança, ou, medo sem fundamento real. Todos nós somos ansiosos em determinado momento da vida sem que isso seja patológico. Existem contudo diferentes níveis de ansiedade. Em algumas pessoas, a ansiedade exprime-se por um sentimento de medo, inquietação, sensação de perigo iminente, (medo de insucesso, morte súbita, medo de perder o auto controle, medo de ficar mentalmente destabilizado) (Spielberger, 1972).

A ansiedade pode ser provocada pelo desconhecido, por comentários feitos por outras mulheres que já tenham realizado este tipo de exame, pela exposição do seu corpo a uma pessoa estranha, pelo tempo de espera até à realização do exame e na maioria dos casos, pelo receio do resultado do exame (Spielberger, 1972).

A Mamografia é uma técnica radiológica que permite visualizar os diferentes tecidos que constituem a mama. É um exame muito importante no diagnóstico precoce do cancro da mama. O sucesso do tratamento depende em grande parte do diagnóstico precoce (Kopans, 2000).

Segundo vários autores, (*e.g.* Pereira 1999; Costa 2000), referem que a ansiedade é consideravelmente maior quando se trata de um procedimento desconhecido para a paciente e esta tende a crescer à medida que se aproxima o dia do exame. O ambiente da sala de espera, nos momentos que antecedem a realização do mesmo, não contribui para atenuá-la (*e.g.* Pereira 1999; Costa 2000). Os mesmos autores, referem ainda que tempos de espera muito prolongados provocam factores de hostilidade, conduzindo a sentimentos de irritabilidade, ansiedade, impaciência e preocupação. Diante disso, na sala de espera, na qual várias mulheres aguardam a realização do exame, existe troca de informações entre elas de maneira espontânea. Estas informações podem ter uma porção de esclarecimento, mas por outro lado acarretam ansiedade, expectativas e dúvidas, que, apesar de interferirem no processo de atendimento, nem sempre são tidas em consideração.

O objectivo geral deste trabalho é avaliar o estado de ansiedade das mulheres quando sujeitas ao exame imagiológico “Mamografia”, ou seja, o estado de ansiedade e o momento, em relação à realização do exame.

Este estudo foi realizado numa Instituição Pública e numa Clínica privada do Algarve.

A escolha deste tema tem o intuito de contribuir para a melhoria do atendimento e intervenção aos utentes nos serviços de imagiologia, mais especificamente na unidade de mamografia. É importante procurar caracterizar as pacientes em termos de estado de ansiedade em relação à situação do exame, para se poderem implementar meios que ajudem a evitar desistências nomeadamente aos exames de rotina, minimizar as dificuldades da realização dos exames e reduzir o desconforto psicológico das pacientes. Mais do que a competência técnica é importante realçar a relação técnico/paciente, a fim de evitar estados de ansiedade em relação à situação do exame, conjugando a vertente social e humana, essencial nesta relação. Sem esta atitude não seria possível adquirir imagens radiológicas com

qualidade e conseqüentemente elaborar um diagnóstico correcto, essencial nesta problemática de saúde pública.

Neste sentido, e seguindo uma estrutura preestabelecida, iremos abordar, na Investigação Teórica os seguintes conceitos, ambiente hospitalar, o exame de mamografia e a mulher, a ansiedade, o papel do Técnico de Radiologia na abordagem à paciente que vai fazer mamografia, prevenção e diagnóstico precoce do cancro da mama.

Na Investigação Empírica, a metodologia, apresentação e análise dos resultados, discussão dos mesmos e para finalizar as conclusões.

I. Investigação Teórica

1. Introdução

Perante uma situação de realização de um exame médico, neste caso a mamografia, qualquer pessoa poderá imaginar essa situação como passível de provocar algum dano físico e recear as consequências do resultado do diagnóstico sobre a sua vida futura. Isto poderá fazer aumentar o estado de ansiedade previamente à realização do exame (D'Ippolito, 2006).

2. Ambiente hospitalar

O ambiente hospitalar pode influenciar directa ou indirectamente o bem-estar dos seus utilizadores (médicos, técnicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, doentes, familiares, acompanhantes dos doentes e visitas), (Figueiredo, 2005). Devido às dificuldades em responder satisfatoriamente a todas as necessidades dos diferentes tipos de utilizadores hospitalares, o hospital pode muitas vezes, ser um espaço gerador de *stress*, que tanto pode comprometer o desempenho dos profissionais que lá trabalham como o bem-estar e a recuperação dos doentes. Os doentes são os mais vulneráveis a esse *stress*, quer por se encontrarem num ambiente estranho onde têm menos poder e saber, quer por estarem física e psicologicamente fragilizados pela doença (Figueiredo, 2005). O *stress* hospitalar pode gerar níveis de ansiedade mais ou menos elevados nos doentes, conforme se trate de pacientes com um traço de personalidade ansioso mais ou menos elevado.

Neste âmbito, Salmon (2002) fala em ansiedade procedimental, originada pelo medo dos procedimentos médicos, que pode dever-se a crenças erradas ou medos acerca do que irá acontecer. Um paciente ansioso poderá ter não só crenças desajustadas como também um modo alterado de processar as informações que lhe são dadas pelos profissionais de saúde. O paciente ansioso prestará mais atenção aos sinais de perigo, e terá tendência para fazer interpretações ameaçadoras sobre informações ambíguas e para evocar memórias consistentes com o seu humor (Salmon, 2002). Portanto, um paciente ansioso tende a prestar especial atenção aos sinais de perigo presente e às lembranças de perigos passados. Por isso, o ponto de vista de um paciente ansioso acerca de um procedimento médico (diagnóstico ou terapêutico) poderá ser muito diferente do ponto de vista do clínico ou do técnico de diagnóstico e terapêutica (Salmon, 2002).

Acontece frequentemente os médicos prescreverem alguns exames de diagnóstico mais complexos sem dar qualquer informação aos pacientes, deixando-os completamente entregues à ignorância sobre o assunto ou a ideias erradas adquiridas através de comentários de outros pacientes. Outras vezes, dão explicações tecnicamente elaboradas que muitos pacientes têm dificuldade em processar cognitivamente, podendo ficar mais assustados do que elucidados (Figueiredo, 2005). Tudo isto pode ser gerador de *stress* e conduzir a um aumento da ansiedade-estado, antes da realização dos exames. Também o medo do desconhecido e o medo de possíveis maus resultados dos exames podem aumentar a ansiedade-estado ou mesmo levar à não realização do exame (Salmon, 2002).

Por isso, para lidar melhor com a ansiedade dos pacientes, é importante avaliar primeiro a base da sua ansiedade, tentando perceber as suas crenças, descobrir os seus medos e as suas necessidades de informação, e depois dar-lhes explicações que possam fazer sentido (Salmon, 2002).

2.1 Fobias associadas à Mamografia

Segundo D'Ippolito (2006), a fobia desencadeia uma série de reacções psíquicas, (como intensa ansiedade e sensação de opressão), ou somáticas (como taquicardia, falta de ar, sudorese intensa, secura na boca, tensão muscular, vertigens, distúrbios gastrointestinais e até movimentos involuntários). Algumas destas reacções podem interferir com a qualidade do exame, dificultando a precisão do diagnóstico e podendo mesmo exigir que o exame se realize novamente. Por exemplo, um doente que esteja com falta de ar, fica ofegante e exhibe movimentos intensos do tórax, o que pode prejudicar a qualidade de exames como a mamografia, uma tomografia computadorizada torácica ou uma cintigrafia cardíaca.

D'Ippolito (2006), refere que cerca de 1% a 2% dos exames de diagnóstico por imagem (mamografia) têm de ser repetidos devido a interferências de movimentos que prejudicam a qualidade das imagens e conseqüentemente, a interpretação diagnóstica das mesmas. E cerca de 5% dos pacientes não chegam a fazer os exames requisitados pelo médico devido ao medo excessivo.

O medo do resultado do exame é relatado por Thorpe *et al.*, (1990) e D'Ippolito (2006) em que muitos pacientes manifestam apreensão acerca do resultado do exame. Este medo está associado a fantasias sobre diagnósticos patológicos.

Muitas pessoas têm medo por causa da doença em si ou pelas dores que vão ter, outras têm medo de descobrir que não têm hipótese de cura e que vai ser o fim, e outras, ainda, pensam na família e em como esta ficará sem elas (D'Ippolito, 2006).

O medo de descobrir que há algo de errado com a saúde destrutura algumas pessoas e pode desencadear sintomas de ansiedade ou mesmo de pânico aquando da realização de exames de diagnóstico (mamografia) (D'Ippolito, 2006). No meio hospitalar existem muitos pacientes que expressam verbalmente esse medo aos Técnicos que os estão a acompanhar e mostram-se ansiosos durante o exame D'Ippolito (2006). Normalmente a ansiedade só diminui quando o paciente recebe o diagnóstico, o que nem sempre é possível acontecer nos serviços onde são realizados os exames, tendo os pacientes que esperar até ao dia em que vão ter consulta com o médico que lhes requisitou os exames. Esta espera é insuportável para muitas pessoas (Thorpe *et al.*, 1990). Segundo Brennan (1988) existem também muitas pessoas que por terem medo do resultado dos exames, adiam o mais possível, alheios à importância da prevenção, e esquecendo-se que é mais difícil tratar uma doença num estágio mais avançado do que numa fase inicial. E quando chegam a realizá-los, é natural que o medo do diagnóstico seja mais dramático ainda, porque sabem que deixaram progredir a doença e receiam o pior (Brennan, 1988).

2.2 Sala de espera: um ambiente ameaçador

Muitos afazeres e pouco tempo disponível são os recursos mais escassos da sociedade que necessitam de ser geridos. A relação entre prestação de serviços e administração do tempo percebe-se com intensidade na recepção de hospitais e clínicas. O tempo despendido na espera para obtenção do serviço pretendido pode ser considerado desperdiçado e provocar impaciência, ansiedade, irritação ou indiferença (Chaves, 1992).

A promoção da saúde por meio do desenvolvimento de acções de educação em saúde é uma prática afirmada desde 1986, quando ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nesta discutiu-se um novo conceito de saúde, passando este a ser entendido como resultante das condições objectivas de vida, tais como alimentação, educação, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde, moradia e acesso a posse de terra. Diante disso os serviços de saúde necessitam fornecer novas formas de acolhimento, humanizando a assistência e melhorando a qualidade dos serviços de saúde prestados à população (Kotler, 2000).

Na procura de estabelecer vínculos com a população, é que se estabelecem os momentos de sala de espera, que, segundo Teixeira e Veloso (2006), pode ser considerada um espaço dinâmico, onde ocorrem vários fenómenos psíquicos, culturais, singulares e colectivos.

O grupo de sala de espera consiste em, aproveitar o grupo espontâneo formado antes do início das consultas ou exames médicos previamente agendados, transformando o tempo de espera em tempo de trabalho (Maldonado, 1981 & Gutiérrez, 1992). Normalmente os moderadores destas sessões são psicólogos e a principal tarefa destes grupos está relacionada com a partilha de vivências ligadas a algum problema de saúde comum aos pacientes (angústias, dúvidas e medos) (Moreira, 2001). O coordenador do grupo incentiva a troca de experiências e traz informações solicitadas pelo grupo de maneira informal e prática a respeito do problema de saúde em questão. Para Madonado e Hallal (1981), o grupo de sala de espera é um grupo de uma sessão só, sem história temporal.

Podemos dizer que a sala de espera ameniza o desgaste físico e emocional associado ao tempo de espera por algum atendimento, espera essa que pode gerar ansiedade, angústia, revolta, tensão, e comentários negativos em torno do atendimento dos serviços públicos e privados de saúde.

É imprescindível o agendamento programado dos exames, evitando a marcação de vários exames para o mesmo horário levando a um mau atendimento, em *stress* e insatisfação, tanto para o profissional quanto para o paciente que aguarda.

Todas as organizações, prestadoras de serviços ou não, têm no cliente o seu foco principal. Assim, a preocupação maior da organização (hospital, clínica) deverá ser totalmente voltada para a satisfação total do cliente (paciente), uma vez que a sua insatisfação a partir da recepção já compromete o seu atendimento (Chaves, 1992).

Devem-se procurar alternativas para prevenir os problemas enfrentados nas recepções dos hospitais e clínicas no que se refere aos atrasos no atendimento, através de sugestões e críticas.

É na sala de espera das organizações que o paciente percebe a qualidade do serviço prestado. Assim sendo, é relevante investigar: Como é entendido o tempo de espera entre o horário marcado e o horário de atendimento pelo paciente? Se há atrasos, quais as causas mais comuns? Quais as reacções dos pacientes em relação aos atrasos? Para que o problema possa ser solucionado (Chaves, 1992).

O impacto emocional da espera nos pacientes revela-se principalmente pela impaciência, na percepção de pacientes, equipas de técnicos de saúde, seguida de indignação, raiva, o que pode influenciar o atendimento. Os estados de mau humor, os sentimentos negativos podem influenciar a forma de reagir aos serviços, provocando reacções excessivas ou negativas com respeito a cada pequeno problema (Zeithaml & Bitner, 2002).

É de referir que, nas duas instituições onde foi realizado este estudo, não existe esta modalidade de grupos de sala de espera, o que é emergente configurar este tipo de intervenção no campo da saúde.

Outro aspecto que deveria ser tomado em atenção pelos responsáveis das instituições é o conforto oferecido ao paciente na sala de espera.

3. O exame de Mamografia e a Mulher

A mamografia é um exame de diagnóstico por imagem, que tem como finalidade estudar o tecido mamário. Esse tipo de exame pode detectar um nódulo, mesmo que este não seja palpável (Kopans, 2000).

Para isso, é utilizado um equipamento (Mamografo) que utiliza uma fonte de raios-x, para obtenção de imagens radiográficas do tecido mamário (Kopans, 2000).

É um exame realizado com baixa dose de raios X em mulheres essencialmente assintomáticas, ou seja, sem queixas nem sintomas de cancro mamário. A mama é comprimida rapidamente enquanto os raios-x incidem sobre a mesma.

A realização deste exame pode por vezes tornar-se bastante desagradável, sobretudo quando a mulher está em determinada altura do ciclo menstrual (a partir da ovulação) e por conseguinte com mais tensão mamária. Assim, deve ser feito cerca de uma semana após o final do período menstrual (Kopans, 2000).

A imagem é interpretada por um Médico Radiologista para identificação de áreas com densidades anormais ou outras características suspeitas.

O objectivo da mamografia é detectar o cancro da mama numa fase precoce, ou seja, quando ele ainda não é palpável em um exame médico ou através do auto-exame realizado pela paciente (Kopans, 2000).

Descobertas precoces de cancros mamários através da mamografia, aumentam muito as hipóteses de um tratamento bem sucedido. Um exame anual de mamografia é recomendado para todas as mulheres acima dos 35 anos (American Cancer Society, 2007).

Resultados registrados pela American Cancer Society, numa recente avaliação, em oito clínicas escolhidas aleatoriamente, demonstraram que houve 18% menos de mortes em decorrência do cancro mamário entre mulheres com 40 anos ou mais, que haviam feito mamografia periodicamente.

Os benefícios da mamografia a quando de uma descoberta precoce e a possibilidade do tratamento eficaz são muito significativos, compensando assim, o risco mínimo da radiação e o desconforto que algumas mulheres sentem durante o exame (Kopans, 2000).

3.1 Exposição do corpo

Para além da ansiedade proveniente da realização do próprio exame, a mulher está desfavorecida, pela sua nudez em relação ao ambiente, espaço envolvente que é totalmente desconhecido e ao profissional de saúde (Bampi, 1999).

Para a realização do exame imagiológico da mama, é necessária a exposição do corpo, não sendo possível desconsiderar a sexualidade da mulher.

A sexualidade refere-se ao impulso e à emoção que a proximidade do sexo pode produzir, transcendendo definições físicas e colocando-se como algo mais difuso que intervém em todos os momentos da vida (Gois, 1991).

A forma como algumas mulheres se manifestaram ao terem que expor o seu corpo, ao ser manipulado e examinado por um profissional de saúde, revela o quanto a sexualidade tem influência sobre a vida da mulher (Gois, 1991).

No que diz respeito às mulheres mastectomizadas a imagem corporal tem um grande impacto nas suas vidas. Quando chegam ao serviço de imagiologia para a realização do exame de mamografia, apresentam-se cheias de temores, vergonha, medo, insegurança, dúvidas e demasiado sensibilizadas com a perda da mama.

A imagem corporal pode ser compreendida como a representação mental que a pessoa tem do próprio corpo, estando directamente vinculada à percepção, compondo-se de aspectos fisiológicos, psico-afetivos, sócio-culturais, cognitivos e relacionais. Essa imagem é construída ao longo de toda a vida, a partir de experiências com o mundo exterior (Duarte &

Andrade, 2002). Segundo Messa (s.d.) trata-se de um processo de constante dinamismo e mutação, e influencia as relações da pessoa consigo própria, com o ambiente e seus semelhantes.

A imagem corporal pode ser considerada como impressão subjectiva que temos do próprio corpo. A mama é o órgão associado à identidade feminina, abrangendo características de sexualidade, feminilidade e amamentação. Quando desafiadas pelo cancro de mama, as pacientes podem encontrar-se num momento de dor e sofrimento por perder a mama na mastectomia, comprometendo a sua imagem corporal e, inclusive, a sua referência como mulher.

Duarte e Andrade (2002) observaram que as dificuldades encontradas na retoma da vida social após a mastectomia é caracterizada por uma série de fantasias e medos, despertados pelo contacto com o mundo externo, implicando numa mudança de comportamento em que as mulheres mais sociáveis tornaram-se mais reservadas. Pode-se observar na pesquisa dos autores que nem sempre o mundo externo ou as pessoas do convívio social reagem ou dão alguma impressão que leve as mulheres mastectomizadas a se afastarem. Muitas vezes essas mulheres fantasiam em cima do comportamento das pessoas, crendo que sua percepção é verídica.

A perda da mama, parte do corpo fundamental para a identidade feminina, resulta na alteração negativa da imagem corporal. A retirada desse órgão representa uma limitação estética e funcional, que provoca uma imediata repercussão física e psíquica, constituindo um evento traumático para a maioria das mulheres, trazendo prejuízo em sua qualidade de vida, na satisfação sexual e recreativa.

Todos estes aspectos podem levar a um aumento do estado de ansiedade, no momento da realização do exame.

4. Ansiedade

Segundo Spielberger (1972) (*cit in* Andrade & Gorenstein, 1998), o estado de ansiedade é considerado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos e por aumento na actividade do sistema nervoso autónomo. A ansiedade manifesta-se por um sentimento de medo, apreensão, temor mal definido, sem

motivo e incontrolável geralmente acompanhado de manifestações autónomas tais como palpitações, falta de ar, tonturas, sensação de calor ou suores frios, etc (Spielberger, 1972).

A ansiedade é uma componente normal do sistema de alerta dos indivíduos, sem ela não teríamos reacções às mudanças ambientais.

4.1 Ansiedade estado

Foi Cattell que, já em 1957, diferenciava a ansiedade velada da ansiedade manifesta. Considerava que todas as pessoas podem sentir estados de ansiedade mais altos ou mais baixos consoante a diversidade das circunstâncias. Mas que também há pessoas que apresentam níveis de ansiedade tipicamente diferentes da tendência habitual de outras, o que corresponde a uma «ansiedade caracterológica», ou seja, a um traço (Cattell, 1965; 1972; *cit in* Marcos, 2000).

Estes conceitos de estado e traço de ansiedade foram posteriormente reelaborados por Spielberger.

Para Spielberger (1983), a ansiedade-estado é uma reacção emocional desagradável e transitória do ser humano face a um acontecimento ou situação que sejam por ele percebidos como ameaçadores, independentemente do perigo ser real ou imaginário. A ansiedade-estado surge num determinado momento e com um particular nível de intensidade. A intensidade e a duração da ansiedade-estado dependem das fontes de tensão que agiram sobre a pessoa e do grau de perigo ou ameaça pessoal que ela atribuiu momentaneamente a essas fontes de tensão (Spielberger, 1983). Quanto à intensidade da ansiedade, pode-se falar de ausência de ansiedade (caracterizada por calma e serenidade), ansiedade moderada (acompanhada de alguma tensão, apreensão e nervosismo), e ansiedade elevada (traduzida por sentimentos intensos de medo, pavor e comportamentos de pânico). Segundo Spielberger (1983), os estados de ansiedade caracterizam-se por:

1) Pensamentos desagradáveis acerca dos possíveis prejuízos que possam advir do perigo real ou imaginário ou acerca de outras questões com pouca ou nenhuma importância que foram indirectamente suscitadas pelo nível geral de excitação emocional;

2) Pelos sentimentos objectivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação gerados por esses pensamentos;

3) Pela activação do sistema nervoso central, que se traduz pelo aparecimento de sintomas fisiológicos como taquicardia, elevação da tensão arterial, dispneia, suores, náuseas, tensão muscular, dilatação das pupilas, etc.

Embora a ansiedade-estado seja normalmente transitória, ela pode também ser recorrente, isto é, ocorrer de novo sempre que surjam os estímulos que a provocam, e pode durar demasiado tempo se persistirem as condições que a evocam e se o indivíduo tiver tido pouca ou nenhuma experiência anterior a lidar com circunstâncias semelhantes (Spielberger, 1983). As situações *stressantes*, com que as pessoas se deparam frequentemente, podem exigir que se desenvolvam respostas de confrontação eficazes que rapidamente aliviam ou minimizam o perigo e, desse modo, reduzem imediatamente o nível de intensidade do estado de ansiedade (Silva, 2003).

Ao contrário dos estados emocionais que são transitórios, os traços de personalidade são tendências duradouras, características de cada pessoa e diferentes de pessoa para pessoa, para perceber o mundo numa dada perspectiva e para reagir às situações ou comportar-se de um certo modo com uma regularidade previsível (Spielberger, 1983).

Assim, a Ansiedade-Traço refere-se às diferenças inter individuais, relativamente estáveis, na predisposição para a ansiedade, ou seja, as diferenças inter individuais na tendência para perceber um conjunto amplo de situações como perigosas ou ameaçadoras, especialmente situações que envolvam uma avaliação por parte de outras pessoas ou ameaças à auto-estima (Spielberger Sydeman, Owen & Marsh, 1999).

Assim, as pessoas que possuem uma elevada ansiedade-traço costumam responder às situações *stressantes* com elevações mais frequentes e intensas da ansiedade-estado do que as pessoas que têm uma baixa ansiedade-traço, pois tendem a perceber um maior número de situações como sendo altamente perigosas e ameaçadoras para si (Spielberger, 1983).

Embora os termos *stress*, ameaça e ansiedade-estado sejam frequentemente utilizados como sinónimos, eles não significam, de facto, a mesma coisa, mas correspondem a diferentes fases do processo de formação de um estado de ansiedade. Assim, o *stress* corresponde às situações exteriores caracterizadas por algum grau de perigo objectivo e que podem funcionar como condições estimuladoras do sentimento de ameaça; se a pessoa vai ou não encarar essas situações como ameaçadoras, isso depende da avaliação subjectiva que ela fizer das situações. Se essa avaliação subjectiva da situação for sentida pela pessoa como física e psicologicamente perigosa ou ameaçadora, então a situação passa a ser de facto uma ameaça.

E essa ameaça suscitará uma ansiedade-estado que corresponde à resposta emocional da pessoa, que percebeu uma determinada situação como pessoalmente ameaçadora, independentemente da existência ou não de um perigo real. A duração e a intensidade desse estado de ansiedade, vai depender da persistência e do grau de ameaça, que a situação representa para essa pessoa (Spielberger, *cit in* Santos & Silva, 1997).

5. O papel do Técnico de Radiologia na abordagem à paciente que vai fazer Mamografia

A adaptação psicossocial do sujeito com cancro depende grandemente da fase em que é detectada a doença, do tipo de tratamento que se irá efectuar, o prognóstico provável e as oportunidades de reabilitação possíveis. Não só estes factores são importantes como também a relação entre a paciente e toda a equipa de profissionais de saúde, que conhecendo as necessidades da paciente é capaz de ter em atenção o bem-estar físico e emocional desta. Desta equipa fazem parte os Técnicos de Radiologia os quais têm um papel muito importante neste trajecto percorrido pela paciente (Baugher, 1975).

A saúde e as emoções estão estreitamente ligadas. Tanto a vivência emocional do paciente relativamente à sua patologia, como as emoções vividas pelo profissional de saúde em relação à paciente. Os factores psicológicos da paciente devem ser tidos em conta durante o exame, e nos momentos que se seguem como o diagnóstico, os tratamentos e a prevenção da doença (Sawada, 1995).

Em tempos passados o profissional de saúde era visto como uma figura de autoridade que instruía e orientava o paciente. Actualmente este processo de comunicação resulta de um estilo partilhado e centrado no paciente (Silva, 1996). Esta abordagem dá importância à interacção entre o paciente e o Técnico de Saúde e sugere que deste estilo pode resultar num maior empenhamento da paciente em quaisquer conselhos dados, num nível potencialmente mais alto de adesão e numa maior satisfação por parte da paciente (Silva, 1996).

Na interacção do profissional de saúde com a paciente, neste caso o Técnico de Radiologia, deve corresponder à confiança que lhe é depositada, executando o exame não somente por obrigação, mas também com carinho e paciência (Silva 1996).

Não importa o tipo de paciente que está a ser submetido ao exame, pois todas necessitam do nosso respeito e atenção.

A paciente deve estar física e psicologicamente preparada para o exame, sendo tratada com respeito e carinho. O exame deve ser realizado com arte, porque por mais elementar que este seja, o diagnóstico depende de uma técnica bem executada.

Esse cuidado deve ser tomado em face da componente emocional que a paciente pode transmitir, pelo simples facto de realizar uma mamografia. Assim, a paciente pode perder a tranquilidade, pensar nas piores doenças possíveis, o que favorece a alteração dos seus reflexos, podendo deixar de atender ao comando do Técnico em detrimento do exame (Silva, 1996).

O Técnico de Radiologia não só tem que desempenhar correctamente e com profissionalismo as suas funções como também deve disponibilizar o seu tempo, a sua competência, o seu afecto, o seu interesse, a sua capacidade de escuta e de compreensão, isto é, dar uma parte de si próprio (Silva, 1996).

Quando a paciente se submete pela primeira vez a um exame de mamografia, a ideia de este ser desagradável ou mesmo doloroso, faz com que a maioria das mulheres fique muito inquieta. Contudo, muitas pacientes não manifestam os seus medos. O Técnico de Radiologia não pode estar apenas interessado no exame, mas também na paciente que o vai realizar, nos seus medos e temores (Sawada, 1995).

Desta forma é importante informar a paciente sobre como é realizado o exame, explicar porque é necessário efectuar-lo, tranquilizá-la, animá-la e acordar com a paciente para efectuar um gesto, se as dores forem demasiado fortes. Estas atitudes podem ser uma enorme ajuda para quem está a “vestir” o papel de paciente.

É tão importante realizar correctamente os exames como também interessar-se pela paciente, através de formas de comunicação como o toque e o olhar, que são fonte de emoções (o toque é uma forma de comunicação não verbal, isto é, é como um estímulo táctil, feito com o objectivo de estabelecer contacto pessoal com outra pessoa ou objecto. É a habilidade através da qual podemos receber e transmitir informação) (Silva, 1996).

É necessário adequar a forma do toque, o local onde tocamos, a forma como nos aproximamos da paciente. Levar em conta que cada pessoa é única e inigualável, com todas as suas vertentes biológicas, psicológicas, sociais, intelectuais e emocionais que o compõem, em nenhum momento podem ser esquecidas, podendo adequar o melhor tipo de abordagem para a paciente.

O uso do toque é uma escolha que cabe ao Técnico de Radiologia, pois em determinada situação o uso do toque pode ser benéfico, podendo fornecer um grande poder de ajuda, e noutras pode ser negativo (por exemplo em situações de agressividade o toque só irá aumentar as suas manifestações). A sua escolha irá ser determinada pelo conhecimento da paciente e pela sua própria experiência adquirida em diversas situações (Balint, 1988).

O olhar é também como o toque, bastante importante, é a primeira habilidade a ser utilizada com a paciente, é essencial para estabelecer a relação Técnico / Paciente (Balint, 1988).

Existe uma diferença entre observar e ver, pois observar implica demonstrar um mínimo de interesse e disponibilidade, pelo contrário ver é algo mais vago em que a maioria das coisas passam despercebidas. Durante a sua vida profissional irão assistir a muitos profissionais de saúde que vêem muitos pacientes mas observam poucos (Bellomo, 1990).

Mas como o olhar transmite todo o tipo de pensamentos e sentimentos deve-se ter a máxima prudência, pois existe a possibilidade de desencadear comportamentos adversos ao tratamento. É necessário a precaução para não criar juízos de valor que poderão ser errados e levar-nos a tomar atitudes erradas (Balint, 1988).

É importante que o Técnico de Saúde preste atenção às reacções do paciente, de reflectir sobre elas e sobre as suas próprias reacções para posteriormente melhorar a sua prestação de cuidados (Bellomo, 1990).

6. Prevenção e Diagnóstico precoce do cancro da mama

Ao nível da prevenção primária, Bland *et al.*, (1991) referem-se a três aspectos fundamentais:

- A prevenção de radiações desnecessárias no tórax e mamas;
- O auto-exame realizado pela mulher;
- Cuidados dietéticos.

Estes autores procuram, de uma forma geral, aludir a todos os factores de risco passíveis de serem controlados externamente, com o apoio de próprio sistema de saúde. Sugerem também, uma terapêutica profilática em casos de mulheres com história familiar de alto risco de cancro da mama. Por último, salientam a importância da contribuição

epidemiológica proveniente da mamografia ou ecografia mamária, como forma de diagnóstico precoce, em grupos de risco (escalão etário, história familiar...).

O nódulo da mama pode ser detectado pela própria mulher, em fases muito precoces, através do auto-exame. O auto-exame da mama permite localizar, pela palpação sequenciada, a existência de um nódulo anormal.

Serafino (1990) revela que as investigações indiciam uma série de razões pelas quais, a maioria das mulheres, não fazem regularmente o auto-exame. Refere, por exemplo, que algumas mulheres afirmam ter falta de conhecimento ou de confiança para a sua execução correcta, desconhecem a importância da detecção precoce, têm receio de serem elas próprias a encontrar um nódulo maligno, sentem-se desconfortáveis com o método ou simplesmente esquecem-se de fazer.

Houlston *et al.*, (1991) concluem que o auto-exame da mama mostrou estar associado com a percepção de risco. A adesão constitui um factor de grande influência na prática do controle preventivo do cancro da mama.

A adesão é um termo que se refere ao grau com que as pessoas cumprem as prescrições e tratamentos instituídos pelos clínicos. Serafino (1990) faz alusão às investigações que têm sido realizadas, para estudar múltiplos factores, visando determinar a sua relação com a adesão.

Uma revisão destes estudos, mencionada por este autor, sugere que existe uma relação muito pequena ou nula entre a adesão em geral e as características pessoais e demográficas dos sujeitos, como é o caso da idade, sexo, classe social, raça e religião.

Todas as mulheres após os 20 anos de idade devem fazer o auto - exame da mama todos os meses e ser examinadas por um médico de três em três anos. A partir dos 40 anos devem ser observadas por um médico anualmente, continuar com o auto exame da mama mensal e fazer uma mamografia e ecografia mamária por ano. Entretanto, as recomendações mudam se existirem factores de risco associados (Chaves, 1994).

As mulheres que têm por habito a realização do auto-exame da mama poderão ter um aumento do estado de ansiedade em relação ao momento do exame, uma vez que estão próximas da confirmação do que detectaram ou não na sua mama.

II. Investigação Empírica

1. Introdução

O presente estudo caracteriza-se por ser do tipo *quasi*- experimental.

Com este tipo de estudo, pretende-se observar, a relação entre o estado de ansiedade e o momento em relação à realização do exame, mamografia.

Assim para a realização deste trabalho, foram seleccionados 201 indivíduos do género feminino, de profissões e idades diferentes, que tinham marcação prévia de mamografia, nas duas instituições em estudo. Estes 201 participantes foram distribuídos aleatoriamente pelas três condições (1º, 2º e 3º momento).

Pretende-se observar o efeito que o momento do exame tem no estado de ansiedade. E também com carácter exploratório, observar se existem diferenças e relações.

2. Hipóteses

- As mulheres apresentam um estado de ansiedade diferente nos três momentos da realização da Mamografia;
- As mulheres estão mais ansiosas imediatamente antes do exame;
- As expectativas face ao exame estão associadas ao estado de ansiedade.

3. Variáveis

Tabela 1 – Definição e Operacionalização das variáveis

<u>Variável dependente</u>	
Definição	Operacionalização
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 Itens, numa escala crescente de 0 a 3, sendo 0 (Nada) e 3 (Muito), $\alpha = .921$

<u>Variável independente</u>	
Definição	Operacionalização
<ul style="list-style-type: none"> • Momento 	<ul style="list-style-type: none"> • 1º Momento • 2º Momento • 3º Momento
<ul style="list-style-type: none"> • Motivo¹ 	- Motivo da realização do exame: <ul style="list-style-type: none"> • Rotina • Confirmar diagnóstico suspeito • Antecedentes familiares de cancro da mama • Para empréstimo, seguro, etc
<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas face ao exame 	- Que resultado espera: <ul style="list-style-type: none"> • Não faço ideia • Confirmar diagnóstico suspeito • Confirmar que estou saudável

<u>Outras variáveis com carácter exploratório</u>	
Definição	Operacionalização
<ul style="list-style-type: none"> • Como é realizado o exame 	<ul style="list-style-type: none"> • Não sei • Sei, porque procurei informação • Tenho conhecimento
<ul style="list-style-type: none"> • O facto de vir realizar este exame provocou-lhe: 	<ul style="list-style-type: none"> • Insónias • Falta de apetite • Necessidade de vir acompanhada • Outro
<ul style="list-style-type: none"> • Porquê? (O facto de vir realizar este exame provocou-lhe) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sente vergonha de expor o seu corpo a um estranho • O facto de desconhecer o processo de realização do exame • Anseia que o exame seja doloroso • Preocupação com o resultado do exame • Outra razão
<ul style="list-style-type: none"> • Enquanto aguardo, na sala de espera, pela realização do exame fico: 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiosa • Desesperada • Impaciente • Não me afecta
<ul style="list-style-type: none"> • Porquê? (Que resultado espera) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiz o auto-exame da mama • Fui examinada por um médico • Porque não penso em desgraças • Outro

¹ Organismica – Variável que não sendo passível de manipulação pode assumir o papel de variável independente (Fontin, 2003).

4. Metodologia

4.1 População e Amostra

A população que participou neste estudo fora as utentes (Mulheres), em geral, inscritas para a realização do exame imagiológico “Mamografia”, nas duas instituições em estudo, com idades compreendidas entre os 35 e 85 anos de idade (\underline{M} = 56.61, \underline{M} = 55.26 e \underline{M} = 47.78 anos, no 1º, 2º e 3º momento respectivamente).

Tabela 2 – Média de idades dos participantes

IDADES	1ºMOMENTO	2ºMOMENTO	3ºMOMENTO
M	56,61	55,26	47,78
SD	11,012	11,280	8,341

A nossa amostra total é constituída por 201 participantes ($N_{\text{total}}=201$). É de salientar em relação à profissão, que os participantes em estudo são na maioria, domésticas (51) e reformados (21), estando os restantes participantes distribuídos por vinte e nove profissões diferentes.

No que diz respeito às habilitações literárias, os participantes distribuem-se pelos vários níveis académicos, com uma maior frequência no ensino básico de 48,3% e de 39,8% no ensino secundário.

Relativamente à questão É a primeira vez que faz mamografia? em relação ao momento do exame podemos observar que no primeiro momento 63 participantes já tinham feito mamografia, no segundo momento 60 participante e no terceiro momento 54 participantes.

Tabela 3 – Participantes que fizeram mamografia pela 1ª vez.

		1ºMOMENTO	2ºMOMENTO	3ºMOMENTO	TOTAL
1ª VEZ QUE FEZ MAMOGRAFIA	Sim	4 (17%)	6 (25%)	14 (58%)	24 (12%)
	Não	63 (36%)	60 (34%)	54 (30%)	177 (88%)

4.2 Instrumentos utilizados

O Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI) é provavelmente o instrumento mais utilizado para medir ansiedade nas pesquisas sobre o tema. Desenvolvido por Spielberger (1970) na Universidade de Vanderbilt, o STAI é uma escala de auto-resposta que depende da reflexão consciente do participante no processo da avaliação do seu estado de ansiedade assim como de características de sua personalidade. Dessa forma, a escala mede o elemento que compõe a ansiedade, Ansiedade – Estado.

Foram avaliados 201 questionários (Anexo I). Foi testada a consistência interna da escala estado de ansiedade, cujo valor do $\alpha = .921$, os nossos valores foram de encontro aos de outros estudos, $\alpha = .85$ (Gonçalves *et al.*, 2003).

Foi na sequência de uma visita de Spielberger a Lisboa que, com o seu aval e apoio, se iniciou o estudo da tradução, adaptação e aferição do STAI para a população Portuguesa (Gonçalves *et al.*, 2003).

A forma preliminar foi aplicada a dois grupos de estudantes do ensino secundário e universitário (n=201), de ambos os sexos. A medida da consistência interna das escalas de ansiedade e respectivos itens foi obtida mediante o cálculo dos coeficientes alfa e das correlações item – total corrigido. Os coeficientes alfa obtidos nas escalas de Estado e Traço de Ansiedade foram de $\alpha = .85$ e $\alpha = .86$, respectivamente.

Verifica-se assim que o instrumento utilizado para a recolha dos dados tem uma boa consistência interna, em comparação com a escala de Ansiedade – Estado adaptada à população portuguesa.

O Inventário de Ansiedade – Estado (STAI) (Anexo I), que é utilizado no nosso trabalho, é composto por 20 itens, onde os participantes são instruídos a indicar como se sentem naquele determinado momento, numa escala crescente de 0 a 3, sendo 0 (Nada) e 3 (Muito). Nesta escala aplicamos, para além do STAI, mais um instrumento, que são as expectativas face ao exame, assim como questões de características Sócio-Demográficas, idade, género, escolaridade e profissão.

4.3 Procedimento

A recolha dos dados procedeu-se primeiro obtendo a concordância por parte da direcção das duas instituições em estudo, para a aplicação da pesquisa às utentes. A seguir procedeu-se à entrega dos questionários, os quais foram entregues em mão a cada utente, seleccionados aleatoriamente.

Os dados foram recolhidos através de uma aplicação individual às mulheres que se dirigiram a estas duas instituições neste período de estudo, para realizarem o exame imagiológico “Mamografia”, em três momentos diferentes, ou seja, após a entrega da requisição com o pedido do exame na recepção, imediatamente antes da realização do exame e após a realização do mesmo. Tendo no primeiro momento 67 participantes, no segundo momento 66 participantes e no terceiro momento 68 participantes, num total de 201 participantes.

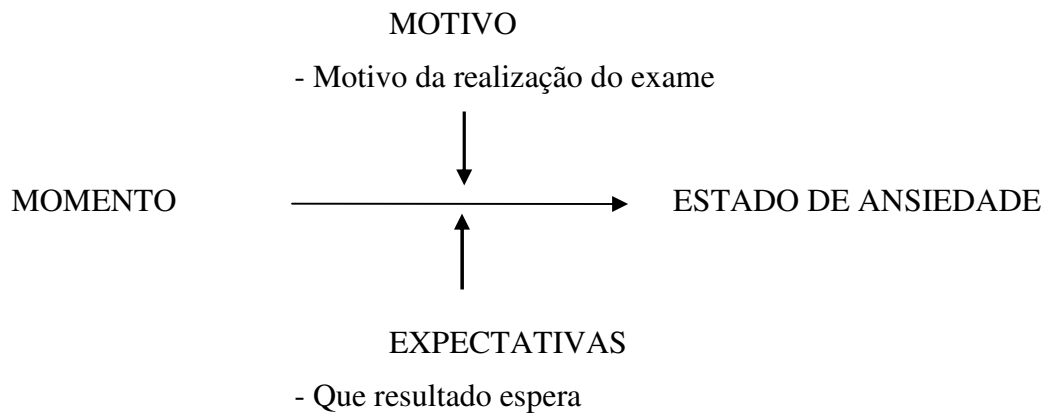
As mulheres foram distribuídas aleatoriamente, pelas três condições (momentos).

Todos os instrumentos foram de auto-resposta, exigindo o mínimo de interferência por parte do seu aplicador. Todas as respostas foram dadas individualmente, e, antes de responder, as participantes foram informadas sobre o carácter confidencial de suas respostas. Em caso de falta de compreensão sobre como responder ou em alguma outra questão é que o aplicador auxiliou os respondentes. A aplicação dos questionários foi directa ou seja a entrega e a recolha foi na mesma altura.

O período de entrega e recolha dos questionários foi de dois meses. Foram cumpridos todos os requisitos éticos de confidencialidade e liberdade de participação, assim como feito o *the briefing*.

5. Apresentação e Análise dos Resultados

Seguidamente serão apresentados e analisados os resultados obtidos. Os dados foram analisados com a ajuda do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 17. Os procedimentos estatísticos utilizados foram, escolhidos de acordo com os objectivos a testar (Anexo II).



5.1 Estado de ansiedade

5.1.1 Media de ansiedade

Momento do exame

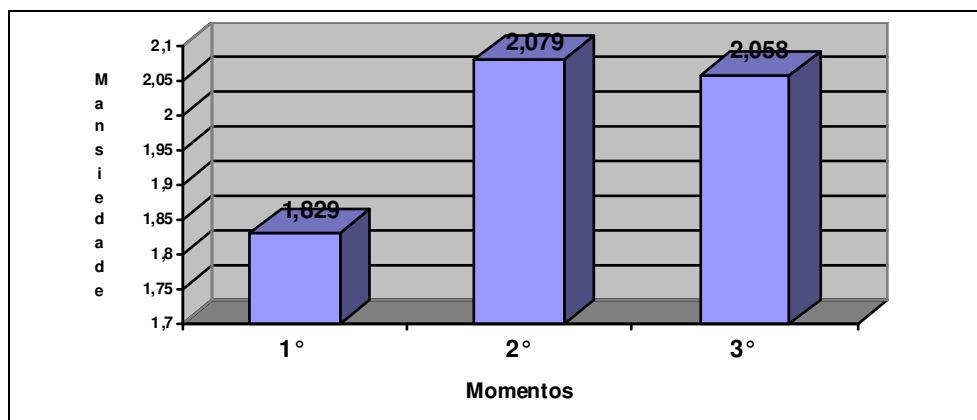


Gráfico 1 – Momento do exame

Relativamente à ansiedade estado, o valor da média mais elevado observa-se no segundo momento $\underline{M} = 2.079$, que corresponde ao momento imediatamente antes da realização do exame. No primeiro momento $\underline{M} = 1.829$ e no terceiro momento $\underline{M} = 2.058$ (Gráfico 1).

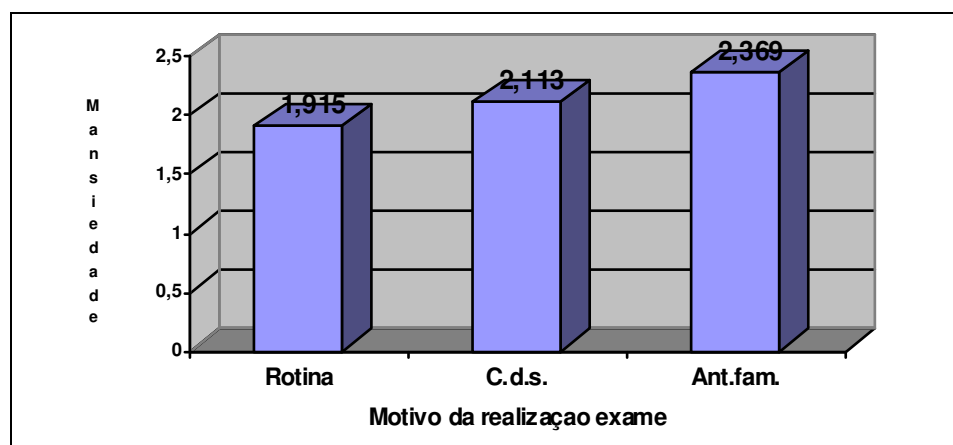
Motivo

Gráfico 2 – Motivo da realização do exame

Podemos observar que a média de ansiedade em relação ao Motivo da realização do exame, evidencia-se nos participantes que vêm realizar exame por terem *Antecedentes familiares de cancro da mama* $M = 2.369$ (Gráfico 2).

Momentos/ Motivos

Tabela 4 – Estado de ansiedade em função do momento e motivo da realização do exame

		MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO EXAME		
		Rotina	Confirmar diagnóstico suspeito	Antecedentes familiares
MOMENTO DO EXAME	1ºMomento	M= 1.797 SD=0.513 N=47	M=1.908 SD=0.579 N=18	M=1.875 SD=0.883 N=2
	2ºMomento	M=1.949 SD=0.533 N=44	M=2.315 SD=0.693 N=20	M=2.575 SD=0.106 N=2
	3ºMomento	M=1.992 SD=0.553 N=52	M=2.064 SD=0.295 N=7	M=2.433 SD=0.320 N=9

A ANOVA *between – subjects* 3 (momento: 1º, 2º, 3º) x 3 (motivo: rotina, confirmar diagnóstico suspeito, antecedentes familiares de cancro da mama) mostrou um efeito da

variável momento tendencialmente significativo na variável ansiedade estado ($F(2) = 2.557$, $p \leq .08$) e um efeito significativo da variável motivo do exame na variável ansiedade estado ($F(2) = 3.168$, $p \leq .044$). Não foi observada nenhuma interacção ($p > .595$).

Foram observadas diferenças significativas entre a ansiedade estado no 1º momento e a ansiedade estado nos 2º e 3º momento *Tukey HSD* para $p \leq .024$ e $p \leq .041$, respectivamente.

Ao compararmos as opções de resposta da questão Motivo da realização do exame, podemos observar que os participantes que vêm realizar o exame por *rotina* e que têm *antecedentes familiares* de cancro da mama, apresentam significância *Tukey HSD* para $p \leq .012$.

Que resultado espera

Ao compararmos a média de ansiedade nas várias opções de resposta, da questão Que resultado espera, podemos observar que, a opção de resposta *não faço ideia do resultado do exame* apresenta uma média de ansiedade, $M = 2.086$, superior às opções de resposta restantes (Gráfico 3).

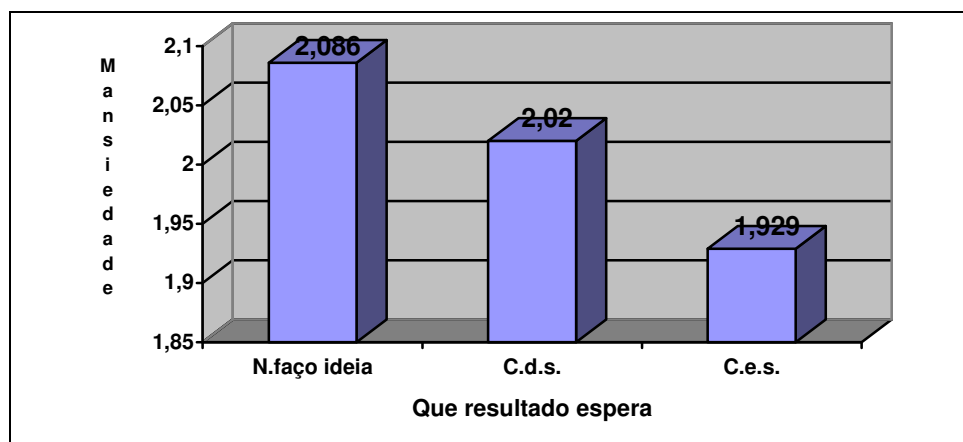


Gráfico 3 – Resultado esperado pelo participante

5.2 Análise descritiva – Correlacional

Como é realizado o exame?

A média de ansiedade $M = 0.0394$ é superior em participantes que *procuraram informação* e os que *têm conhecimento* da realização do exame, não havendo diferenças significativas (*Tukey HSD*, $p > .05$).

5.2.1 Motivo

Tabela 5 – Frequência do motivo em função do momento do exame

		MOMENTO DO EXAME			
		1º momento	2º momento	3º momento	Total
MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO EXAME	Rotina	47 (33%)	44 (31%)	52(36%)	143 (71%)
	Confirmar diagnóstico suspeito	18 (40%)	20 (44%)	7 (16%)	45 (22%)
	Antecedentes familiares	2 (15%)	2 (15%)	9 (70%)	13 (7%)
	Para empréstimo, seguros, etc.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Relativamente à questão Motivo da realização do exame, a opção de resposta *rotina* é a que mais se evidencia, nos três momentos, com 143 (71%) participantes. Nas restantes opções de resposta apenas 45 (22%) participantes responderam *confirmar diagnóstico suspeito* e 13 (7%) *antecedentes familiares de cancro da mama*, os resultados não são diferentes significativamente ($p > .05$). Sendo de salientar que nenhum participante escolheu a opção de resposta para empréstimo, seguros, etc.

Vir realizar o exame provocou-lhe

Tabela 6 – Frequências dos efeitos antecipados à realização do exame em função do motivo da realização do exame.

		MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO EXAME			
		Rotina	Confirmar diagnóstico suspeito	Antecedentes familiares	Total
VIR REALIZAR ESTE EXAME PROVOCOU-LHE:	Insónias	13 (50%)	10 (37%)	3 (13%)	26 (13%)
	Falta de apetite	4 (57%)	1 (14%)	2 (29%)	7 (3%)
	Necessidade de vir acompanhada	5 (70%)	1 (15%)	1 (15%)	7 (3%)
	Outro	121 (75%)	33 (20%)	7 (5%)	161 (81%)

A resposta mais frequente à pergunta Vir realizar o exame provocou-lhe foi, *outro* (nada, nervos e ansiedade) com 161 (81%) participantes e insónias 26 (13%). Sobretudo apresentado pelas mulheres que vieram realizar exame de *rotina*. Estes resultados também não apresentam quaisquer diferenças significativas ($\chi^2 = .030$, $p > .05$).

Porquê

Tabela 7 – Frequências do porquê, dos efeitos antecipados à realização do exame em função do motivo da realização do exame.

		MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO EXAME			
		Rotina	Confirmar diagnóstico suspeito	Antecedentes familiares	Total
PORQUÊ ?	Sente vergonha de expor o seu corpo	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)
	O facto de desconhecer o processo de realização do exame	1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)	2 (1%)
	Anseia que o exame seja doloroso	5 (56%)	3 (33%)	1 (11%)	9 (4%)
	Preocupação com o resultado do exame	40 (67%)	14 (23%)	6 (10%)	60 (30%)
	Outra razão (não pensei no assunto, estou habituada)	95 (74%)	28 (22%)	5 (4%)	128 (64%)

Na análise realizada, podemos observar que 60 (30%) dos participantes mostraram *preocupação com o resultado do exame*, enquanto 128 (64%) responderam *outra razão* (não pensei no assunto, estou habituada), apresentado pelas mulheres que vieram realizar exame de rotina, ($\chi^2 = .192$, $p > .05$).

Enquanto aguardo na sala de espera**Tabela 8 – Frequências das reacções obtidas na sala de espera em função do motivo da realização do exame.**

		MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO EXAME			
		Rotina	Confirmar diagnóstico suspeito	Antecedentes familiares	Total
ENQUANTO AGUARDA NA SALA DE ESPERA, FICO:	Ansiosa	37 (67%)	12 (22%)	6 (11%)	55 (27%)
	Desesperada	2 (67%)	1 (33%)	0 (0%)	3 (2%)
	Impaciente	15 (60%)	8 (32%)	2 (8%)	25 (12%)
	Não me afecta	89 (75%)	24 (20%)	5 (5%)	118 (59%)

Podemos observar na análise realizada que, 55 (27%) participantes ficam ansiosas, sendo que 37 (67%) vieram realizar exame por rotina, enquanto que 118 (59%) das participantes, o tempo que aguardam na sala de espera não lhes afecta, sendo que 89 (75%) das participantes vêm por rotina. A análise do χ^2 não apresenta quaisquer diferenças significativas para $\chi^2_{(6)} = .524$.

5.2.2 Momentos**Como é realizado o exame****Tabela 9 – Frequências de como é realizado o exame em função do momento do exame.**

		MOMENTO DO EXAME			
		1º momento	2º momento	3º momento	Total
COMO É REALIZADO O EXAME	Não sei	4 (29%)	4 (29%)	6 (42%)	14 (7%)
	Procurei informação	0 (0%)	1 (10%)	9 (90%)	10 (5%)
	Tenho conhecimento	63 (36%)	61 (34%)	53 (30%)	177 (88%)

No que diz respeito à questão Como é realizado o exame, em ambas as opções de resposta, *não sei e procurei informação*, o total de participantes a responder foram, 24 (12%) participantes, não se observando diferenças significativas em relação à variável momento ($p > .05$). A opção de resposta que a maioria dos participantes elegeu (177 (88%) indivíduos) foi, *tenho conhecimento*, o qual também não se observa diferenças significativas em relação à variável momento.

Porquê (O facto de vir realizar este exame provocou-lhe:)

Tabela 10 – Frequências do porquê dos efeitos antecipados à realização do exame em função do momento do exame.

		MOMENTO DO EXAME			
		1ºmomento	2ºmomento	3ºmomento	Total
PORQUÊ?	Sente vergonha de expor o seu corpo	1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)	2 (1%)
	O facto de desconhecer o processo de realização do exame	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	2 (1%)
	Anseia que o exame seja doloroso	0 (0%)	1 (11%)	8 (89%)	9 (4%)
	Preocupação com o resultado do exame	5 (8%)	27 (45%)	28 (47%)	60 (30%)
	Outra razão (estou habituada a realizar frequentemente este exame e não pensei no assunto, porque não sinto nada)	61 (48%)	38 (30%)	29 (22%)	128 (64%)

A análise realizada mostra que, a opção de resposta que mais se evidencia é *outra razão (estou habituada a realizar frequentemente este exame e não pensei no assunto, porque não sinto nada)*, não se observando diferenças significativas em relação à variável momento ($p > .05$).

Enquanto aguarda, na sala de espera**Tabela 11 – Frequências do tempo que aguarda na sala de espera em função do momento do exame.**

		MOMENTO DO EXAME			
		1º momento	2º momento	3º momento	Total
ENQUANTO AGUARDO NA SALA DE ESPERA, FICO:	Ansiosa	15 (27%)	17 (31%)	23 (42%)	55 (27%)
	Desesperada	1 (33%)	2 (67%)	0 (0%)	3 (2%)
	Impaciente	6.(23%)	12.(48%)	7.(28%)	25.(12%)
	Não me afecta	45.(38%)	35.(30%)	38.(32%)	118. (59%)

Relativamente à questão Enquanto aguardo na sala de espera pela realização do exame fico, a análise realizada mostra, que a maioria dos participantes *enquanto aguardam na sala, não os afecta* o tempo de espera, não se observando diferenças significativas ($\chi^2 (6) = .262$) em relação ao momento.

5.2.3 Que resultado espera**Porquê (Que resultado espera?)****Tabela 12 – Frequência do resultado que espera em função do Porquê do resultado esperado**

		PORQUE?				
		Fiz o auto exame da mama	Fui examinada por um médico	Porque não penso em desgraças	Outro	Total
QUE RESULTADO ESPERA?	Não faço ideia	31 (48%)	12 (18%)	19 (29%)	3 (5%)	65 (32%)
	Confirmar diagnóstico suspeito	14 (70%)	5 (25%)	1 (5%)	0 (0%)	20 (10%)
	Confirmar que estou saudável	29 (25%)	36 (31%)	43 (37%)	8 (7%)	116 (58%)

O *resultado esperado* em relação ao Porquê, mostra que 65 (32%) participantes *não fazem ideia do resultado*, sendo que 31 (48%) destas participantes fez o *auto-exame da mama* e 116 (58%) vieram *confirmar que estavam saudáveis*, sendo que 43 (37%) das participantes escolheram a opção de resposta *não penso em desgraças*, $\chi^2(6) = .001$.

Porquê (O facto de vir realizar este exame provocou-lhe:)

Tabela 13 – Frequência do resultado esperado em função do Porquê dos efeitos antecipados à realização do exame

		PORQUÊ?					
		Sente vergonha de expor o seu corpo	O facto de desconhecer o processo de realização do exame	Anseia que o exame seja doloroso	Preocupação com o resultado do exame	Outra razão	Total
QUE RESULTADO ESPERA?	Não faço ideia	1 (2%)	0 (0%)	2 (3%)	23 (35%)	39 (60%)	65 (32%)
	Confirmar diagnóstico suspeito	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	6 (30%)	13 (65%)	20 (10%)
	Confirmar que estou saudável	1 (1%)	2 (2%)	6 (5%)	31 (27%)	76 (65%)	116 (58%)

O Resultado esperado em função do Porquê, mostra que 65 (32%) das participantes não fazem *ideia do resultado do exame*, sendo que 39 (60%) das participantes *estão habituadas* a realizar frequentemente este exame e *não pensaram no assunto* ou porque não sentem nada e 116 (58%) vieram *confirmar que estão saudáveis*, em que 76 (65%) elegeram a opção de resposta *outra razão* (estou habituada a realizar frequentemente este exame e não pensei no assunto, porque não sinto nada), ($\chi^2 = p \leq .05$).

6. Discussão dos resultados

O estudo que desenvolvemos tem assim como objectivo, avaliar o estado de ansiedade das mulheres quando sujeitas ao exame imagiológico “Mamografia”, ou seja, a relação entre o estado de ansiedade e o momento, em relação à realização do exame.

A variável independente é o momento, o motivo e as expectativas face ao exame. A variável dependente é o estado de ansiedade. Foram entrevistados 201 indivíduos.

Assim, ao nível do **Estado de Ansiedade**, a *Média de ansiedade*, em relação ao *momento do exame*, os resultados mostraram que, o valor da média mais elevado é observado no segundo momento, que corresponde ao momento imediatamente antes da realização do exame. Uma possível justificação poderá ser, os estudos realizados por Salmon (2002), em que ele fala de ansiedade procedimental, originada pelo medo dos procedimentos médicos, que pode dever-se a crenças erradas ou medos acerca do que irá acontecer. Um paciente ansioso poderá ter não só crenças desajustadas como também um modo alterado de processar as informações que lhe são dadas pelos profissionais de saúde. Desta forma é importante informar a paciente sobre como é realizado o exame, explicar porque é necessário efectuar-lo, tranquilizá-la, animá-la e acordar com a paciente para efectuar um gesto, se as dores forem demasiado fortes. Estas atitudes podem ser uma enorme ajuda para quem está a “vestir” o papel de paciente (Sawada, 1995).

Em relação ao *motivo* da realização do exame observa-se que a média de ansiedade evidencia-se nos participantes que vêm realizar exame por terem antecedentes familiares de cancro da mama, apresentando significância. O que poderá ser justificado por D'Ippolito (2006), que muitos pacientes manifestam apreensão acerca do resultado do exame. Este medo está associado a fantasias sobre diagnósticos patológicos, isto porque, já estiveram como espectadores bastante próximos e revêem-se no papel dos protagonistas. Muitas pessoas têm medo por causa da doença em si ou pelas dores que vão ter, outras têm medo de descobrir que não têm hipótese de cura e que vai ser o fim, outras, ainda, pensam na família e em como esta ficará sem elas (D'Ippolito, 2006).

Relativamente à questão *Que resultado espera*, podemos observar que, a opção de resposta *não faço ideia* do resultado do exame apresenta uma média de ansiedade superior às opções de resposta restantes. Uma possível justificação para os resultados obtidos é o facto de, em relação à profissão, as participantes em estudo são na maioria, domésticas e

reformadas, e ao nível das habilitações literárias apresentam uma maior frequência no ensino básico, o que pode levar a um nível de informação mais baixo sobre esta temática.

No que diz respeito à questão *Como é realizado o exame?*, podemos observar que a média de ansiedade é superior em participantes que *procuraram informação* e os que *têm conhecimento* da realização do exame, não havendo diferenças significativas. Uma possível justificação para os resultados obtidos é o facto de, um paciente ansioso tende a prestar especial atenção aos sinais de perigo presente e às lembranças de perigos passados. Por isso, o ponto de vista de um paciente ansioso acerca de um procedimento médico (diagnóstico ou terapêutico) poderá ser muito diferente do ponto de vista do clínico ou do técnico de diagnóstico e terapêutica (Salmon, 2002).

O *Motivo*, em relação ao *momento do exame*, a análise mostra que a maioria das participantes vieram realizar este exame por rotina, este resultado pode ser justificado pelo facto da maioria das mulheres não realizar o auto exame da mama, o que faz com que não saiba o que se passa com a sua própria mama. Serafino (1990) revela que as investigações indiciam uma série de razões pelas quais, a maioria das mulheres, não fazem regularmente o auto-exame. Refere, por exemplo, que algumas mulheres afirmam ter falta de conhecimento ou de confiança para a sua execução correcta, desconhecem a importância da detecção precoce, têm receio de serem elas próprias a encontrar um nódulo maligno, sentem-se desconfortáveis com o método ou simplesmente esquecem-se de fazer.

Em relação à questão *Vir realizar este exame provocou-lhe*, a resposta mais frequente foi, outro (nada, nervos e ansiedade). Sobretudo apresentado pelas mulheres que foram fazer exame de rotina. Uma possível justificação para este resultado poderá ser o facto do medo do desconhecido e o medo de possíveis maus resultados dos exames podem aumentar a Ansiedade-Estado ou mesmo levar à não realização do exame (Salmon, 2002).

No *Porquê* dos efeitos antecipados à realização do exame, observou-se que a maioria das participantes respondeu outra razão (não pensei no assunto, estou habituada). Uma possível justificação é o facto da maioria das participantes já ter realizado o exame de mamografia e por virem realizar este exame por rotina.

Em relação à questão *Enquanto aguardo na sala de espera*, alguns participantes que vêm realizar o exame de mamografia por rotina ficam ansiosos, mas a maioria não as afecta. Uma possível justificação para este resultado poderá ser o facto deste estudo ter sido realizado numa clínica em que normalmente as mulheres são atendidas à hora marcada (Zeithaml &

Bitner, 2002), para além da sala de espera ser um local agradável e acolhedor (Tabach, 2009). No hospital onde também foi realizado o estudo, a sala de espera não é muito agradável, mas a presença de senhoras Voluntárias, que pertencem à Associação dos Voluntários do Hospital de Faro levam junto de cada paciente uma palavra amiga e um sorriso, conquistando todos os que esperam. Também o facto de serem poucas pacientes marcadas para a realização deste exame, o atendimento acaba por não demorar. Em estudos futuros seria de alguma pertinência estudar se, quanto mais tempo o individuo espera para a realização do exame, maior é a ansiedade estado.

O utente recorre aos serviços de saúde com uma agenda própria, nem sempre coincidente com a do técnico de saúde, que engloba motivos de consulta ou de realização de exame muito diversos, relacionados com problemas de saúde (ou outros), preocupações, necessidades e expectativas (Kroenke, 1998). Um dos primeiros passos para o estabelecimento de uma aliança entre técnico de saúde e paciente é a identificação das expectativas deste face à consulta ou exame. Por «expectativa» entende-se aquilo que o utente deseja ou julga que vai acontecer durante a consulta ou exame, e é diferente de um «pedido» que é aquilo que o utente explicitamente pede que o técnico de saúde faça (Kravitz, 1997; 2001).

Ao nível das **Expectativas Face ao Exame**, o *Momento* em relação, *Como é realizado o exame*, nos três momentos diferentes as participantes têm conhecimento de como é realizado o exame. Uma possível justificação é o facto de não ser a primeira vez que realizam o exame de mamografia. Segundo Kravitz *et al.* (1996) as expectativas que trazem o utente à consulta ou exame, são muito diversas e complexas. A sua causa relaciona-se com factores pessoais como a natureza dos sintomas, a percepção da vulnerabilidade à doença, as experiências anteriores e os conhecimentos adquiridos.

Em relação ao *Porquê* dos efeitos antecipados à realização do exame, observou-se que a maioria das participantes respondeu outra razão (não pensei no assunto, estou habituada). Uma possível justificação pode ser o facto da maioria das participantes já ter realizado este exame, o que faz com que não sejam criadas expectativas face à realização do mesmo.

Relativamente à questão *Enquanto aguardo na sala de espera*, as participantes nos três momentos não se sentem afectadas pelo tempo esperado, não se observando diferenças significativas nos três momentos diferentes.

No que diz respeito à questão *Que resultado espera?*, em relação ao *Porquê* do resultado esperado, a maioria das participantes vieram confirmar que estavam saudáveis, porque não pensam em adversidades. Enquanto as participantes que não fazem ideia do resultado do exame fizeram o auto exame da mama. Uma possível justificação poderá ser segundo Houlston *et al.* (1991), o facto do auto-exame da mama estar associado com a percepção de risco. A adesão constitui um factor de grande influência na prática do controle preventivo do cancro da mama.

Em relação ao *Porquê* dos efeitos antecipados à realização do exame, observou-se que as participantes que não faziam ideia do resultado do exame e as que vieram confirmar que estavam saudáveis, estão habituadas a realizar frequentemente este exame, não pensam no assunto ou porque não sentem nada. Uma possível justificação poderá ser o facto das participantes sentirem-se bem, faz com que estejam menos ansiosas do que quando existe alguma suspeita.

Relativamente às fobias específicas que podem dificultar a realização de exames de diagnóstico médico e em particular, exames de mamografia, não foi desenvolvido neste estudo, mas parece-me ser de grande interesse o seu desenvolvimento em estudos futuros. Uma vez que as fobias específicas caracterizam-se por aversão e medo mórbido, irracional, desproporcional, acentuado e persistente associado à antecipação ou à presença de um objecto ou situação (Nardi, 2004).

7. Conclusões Gerais

Com este trabalho de investigação era nosso objectivo, avaliar o estado de ansiedade das mulheres quando sujeitas ao exame imagiológico “Mamografia”, ou seja, a relação entre o estado de ansiedade e o momento, em relação à realização do exame.

Para tal, desenvolvemos um estudo em que foi aplicado um instrumento final, constituído para além do STAI, mais um instrumento, que são, as Expectativas face ao exame, assim como questões de características Sócio-Demográficas, como idade, género, escolaridade e profissão.

Este tema reveste-se de grande interesse e importância, na melhoria do atendimento e intervenção aos utentes nos serviços de imagiologia, mais especificamente na unidade de Mamografia. É importante procurar caracterizar as pacientes em termos de estado de

ansiedade em relação à situação do exame, para se poderem implementar meios que ajudem a evitar desistências nomeadamente aos exames de rotina, minimizar as dificuldades da realização dos exames e reduzir o desconforto psicológico das pacientes.

Assim, a nossa amostra total é constituída por 201 participantes distribuídos aleatoriamente nos três momentos diferentes. A idade dos participantes varia entre 35 e 85 anos. Ainda de salientar, que a população que participou neste estudo fora utentes (Mulheres), em geral, inscritas para a realização do exame imagiológico “Mamografia”, nas duas instituições em estudo.

Ao nível da Média de ansiedade, em relação ao momento do exame, os resultados mostraram que, o valor da média mais elevado é observado no segundo momento, que corresponde ao momento imediatamente antes da realização do exame.

Em relação ao *motivo da realização* do exame observa-se que a média de ansiedade evidencia-se nos participantes que vêm realizar exame por terem antecedentes familiares de cancro da mama, apresentando significância.

Observamos que apesar de não existirem diferenças significativas, a média de ansiedade é superior em participantes que procuraram informação sobre a realização do exame e os que têm conhecimento da realização do mesmo.

Em relação à questão *Enquanto aguardo na sala de espera*, a maioria das participantes não se afecta o tempo esperado até à realização do exame.

Ao nível das expectativas, a maioria das participantes vieram confirmar que estavam saudáveis, porque se sentem bem e não pensam no pior. Enquanto que as participantes que não faziam ideia do resultado do exame fizeram o auto-exame da mama ou estão habituadas a realizar frequentemente este exame.

Por último, é de realçar o facto de não existirem muitos estudos acerca desta temática. No entanto, como fundamento às nossas interpretações seria interessante desenvolver outros estudos nesta mesma área.

De forma sucinta, podemos assegurar que este estudo, pretende ser sobretudo um contributo para reflexão na área da Psicologia da saúde, com o intuito de contribuir para a melhoria do atendimento e intervenção aos utentes nos serviços de imagiologia, mais especificamente na unidade de mamografia. É importante procurar caracterizar as pacientes em termos de estado de ansiedade em relação à situação do exame, para se poderem

implementar meios que ajudem a evitar desistências nomeadamente aos exames de rotina, minimizar as dificuldades da realização dos exames e reduzir o desconforto psicológico das pacientes. Mais do que a competência técnica é importante realçar a relação técnico/paciente, a fim de evitar estados de ansiedade em relação ao momento do exame, conjugando a vertente social e humana, essencial nesta relação. Por outro lado, o espaço físico também tem bastante importância, ou seja, a sala de espera de qualquer serviço de saúde deve ser projectada de forma a oferecer tranquilidade e serenidade, isto é, a TV deve ter o volume baixo, a programação deve ser do interesse comum, a luz deve ser natural, disponibilizar folhetos informativos e explicativos sobre programas de saúde preventiva de preferência na especialidade da consulta ou do exame respectivo. A cor das paredes, as mais suaves e neutras podem trazer sensações de tranquilidade e conforto, já as cores mais intensas e quentes podem dar mais vida e energia ao ambiente. Isto porque, é importante que, enquanto o paciente aguarda pelo atendimento médico esteja instalado num local confortável, para evitar que o seu mau estar e a sua ansiedade aumentem (Tabach, 2009). O que seria interessante aprofundar em estudos futuros.

8. Referências bibliográficas

- American Cancer Society, (2007). *Cervical Cancer: Can cancer of the Cervix be prevented?* Available at: <http://www.cancer.org/docroot>;
- Andrade, L.H.S.G & Gorenstein, C., (1998). *Aspectos Gerais das Escalas de Avaliação de Ansiedade*. Revista de psiquiatria clínica. 25 (6);
- Arán, M.R. & Zahar et al., (1996). *Representações de Pacientes Mastectomizadas Sobre Doença e Mutilação e Seu Impacto no Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 45 (11);
- Barraclough J. (2000). *Cancer and emotion. A practical guide to psycho-Oncology* (3^a ed.) Chichester: John Willey & Sons, Ltd;
- Boring, C. et al., (1994). “*Cancer Statistics*”, *Canc. Jour Clinic*;
- Brennan S. C. & Redd W.H. et al., (1988). *Anxiety and panic during magnetic resonance scans*. *The Lancet*;
- Baugher, D. & Gorrnly, J. (1975): *Effects of Personal Competence on the Significance of Interpersonal Agreement and Disagreement: physiological activation and social evaluations*. *Journal of Research Personality*;
- Balint, M., 1988. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu;
- Bellomo, A. & Suma, D. & Albano, M. G. & Lotti, A. & Martino, V., 1990. *Psicopedagogia Medica: La formazione in “communication skills” in facoltà innovative e nel curriculum parallelo sperimentale (CPS) – Bari*. *Pedagogia Medica*;
- Bland, K. et al. (1991). “*The breast comprehensive management of benign and malignant diseases*”, W. S. Saunders Company. Philadelphia;
- Bampi (1999). *Poder, opressão e dependência na construção da subjectividade feminina*. In: Bello JLPP. *Pedagogia em foco*. Disponível em: <http://www.pedagogia em foco.pro.br/mulher01.htm>;
- Bonadonna, G., Veronesi, U., Brambilla, C. (1990). *Primary chemotherapy to avoid mastectomy in tumors with diameters of three centimetres or more*. *San Francisco*, 82 (19);

- Brandão ER e Heilborn ML (2006). *Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil*;
- Brew M.D., Billings J.D., Chisholm R.J. (1989). *Mammography and breast Pain*. Australasian;
- Cattell, R. B. (1957). *Personality and motivation structure and measurement*. Yonkers-on-Hudson, NY: World Book;
- Campbell, D. T. (1957). *Factors relevant to the validity of experiments in social settings*. Psychological Bulletin;
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally;
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin;
- Costa, M. R. M. et al. (2000). *Atendimento interdisciplinar no Centro de Pesquisas Audiológicas: Interferência na ansiedade materna*. *Pediatria Moderna*;
- Chaves, Ely (1994). *Câncer da Mama: Diagnóstico, Tratamento e Prognóstico*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan;
- Chaves, Eduardo O. C. (1992). *Administração do tempo*. Disponível em: <<http://www.2.uol.com.br/JC/sites/deloitte/artigos/a65.htm>>;
- Colombo, M. R. & Miazaky, M. C. O. S (2005). *Atendimento psicológico em sala de espera para transplante de fígado*. Trabalho de conclusão do curso de aprimoramento em Psicologia da Saúde, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto;
- Cockburn J, Cawson J, Hill D, De Luise T., (1992). *An analysis of reported discomfort caused by mammographic X-ray amongst attenders at an Australian pilot breast screening program*. Australasian;
- Dias, M. R. (2000). *Cancro da mama: a (contra) informação dos Mass Media?* In M. R. Dias & E. Durá (Coorsds.), *Territórios da psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores;
- D'Ippolito.G., (2006). *Medo de fazer exames: Fobias atrapalham e até impedem a realização de exames de sangue, tomografias e ressonância magnética*. <Http://www.terra.com.br/istoegente/250/saude/index.htm>;

- Duarte, T.P. & Andrade, A.N. (2002). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Acesso em 15/09/06. Disponível em <http://www.scielo.br/>;
- Elkind A, Eardley A. (1990). *Consumer satisfaction with breast screening: a pilot study*. J Public Hlth Med;
- Figueiredo, E.M.A.P.A. (2005). *Ambiente de saúde: O hospital numa perspectiva ambiental terapêutica*. In L. Soczka (Org.). Contextos humanos e psicologia ambiental. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian;
- Foucault, M. (2003). *História da Sexualidade: a vontade de saber*. 15ª Edição, Editora Graal. Rio de Janeiro;
- Fox SA, Klos D.S., Worthen N.J., Pennington E., Bassett L.B, Gold R.H. (1990). *Improving the adherence of urban women to mammography guidelines: strategies for radiologists*. Radiology;
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação da concepção à realização*. (3ª edição). Editora Lusociência;
- Gois M.M.S., (1991). Aspectos históricos e sociais da anticoncepção. *Reproduo*, 6 (3);
- Guedes, L. (2004). *Epidemiologia*. Rio de Janeiro;
- Gutiérrez, E.(1992) *Mulher na menopausa: declínio ou renovação? / Grupo mulherando*. Rio de Janeiro;
- Gonçalves, M.R.L.S. & Machado, C. (2003). *Avaliação psicológica*, volume I. *Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto editora;
- Gomes, A. M. A., Albuquerque, C. M., Moura, E. R. F. & Silva, R. M. (2006). *Sala de espera como ambiente para dar informações em saúde*. *Cadernos de Saúde Colectiva*, Rio de Janeiro;
- Gram E.T, Slenker S.E. (1992). *Cancer anxiety and attitudes toward mammography among screening attenders, nonattenders, and women never invited*. Am J Public Health;
- Houlston, R. et al. (1991). “*Medical and psychological perspectives on breast cancer screening: a comment on Pitts*”, Jour. Community Applied Social Psychology;
- Instituto Nacional do câncer (INCA) (2005). www.inca.gov.br/;

- Jackson B.P., Lex A.M., Smith D.J. (1988). *Patient discomfort during screen-film mammography*. Radiology;
- Kopans, Daniel B. (2000). *Imagem de mama*. 2ª Edição. Revinter, medsi;
- Kotler, Philip (2000). *Administração de marketing*. São Paulo;
- Kroenke K. (1998). *Patient expectations for care: how hidden is the agenda?* Mayo Clin Proc Feb; 73 (2);
- Kravitz R.L., Callahan E.J., Paterniti D., Antonius D., Dunham M., Lewis C.E. (1996). *Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care*. Ann Intern, 125 (9);
- Kravitz R.L., Callahan E.J., Azari R., Antonius D., Lewis C.E. (1997). *Assessing patients' expectations in ambulatory medical practice. Does the measurement approach make a difference?* J Gen Intern Med 12 (1);
- Kravitz R.L. (2001). *Measuring patients' expectations and requests*. Ann Intern Med 134 (9);
- Leanev B.I., Martin M. (1992). *Breast pain associated with mammographic compression*. Australasian;
- Marcos, T. (2000). *Valoración psicometría*. In J. Vallejo Ruiloba & C. Gastó Ferrer (Orgs.). *Trastornos afectivos: Ansiedade y depresión*. Barcelona: Masson;
- Maldonado, M.T., Hallal, R.C. (1981). *Grupos de sala de espera*. *Femina*, 9 (5), p.378-381;
- Mackenzie, R., Sims, C., Owens, R. G. & Dizon, A. K. (1995). *Patients' perceptions of magnetic resonance imaging*. Clinical Radiology;
- Messa, A.A. (s. d.). *Análise de repercussões psicológicas de paciente mastectomizadas, em seguimento ambulatorial*. Disponível em <http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl16.htm>;
- Moreira Júnior, C. S. & Japur, M. (2003). *Grupo de sala de espera: sentidos do envelhecimento humano*. Disponível em: www.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/25/07.doc;
- Nardi, A.E. (2000). Diagnóstico diferencial. In: Nardi, AE (eds.). *Transtorno de Ansiedade Social: Fobia Social – A Timidez Patológica*. Rio de Janeiro;

- Nardi, António Egidio, (2004). *Espectros dos transtornos ansiosos: fobia social, transtorno de pânico e transtorno do estresse pós-traumático; Espectros psicopatológicos em psiquiatria: implicações para o tratamento*. São Paulo;
- Pereira, Esmeralda (1999). *Sentimentos vivenciados pelos pais durante o tempo de espera que antecede o atendimento numa consulta de pediatria*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Artur Ravara. Monografia realizada no âmbito do Curso de Estudos Superiores de Enfermagem Especializados em Saúde Infantil e Pediátrica;
- Quirk, M. E., Letendre, A. J., Ciottone, R.A. & Lingley, J. F. (1989). *Anxiety in patients undergoing MR imaging*. Radiology;
- Rutter D.R., Calnan M., Vaile M.S.B., Field S, Wade KA (1992). *Discomfort and pain during mammography: description, prediction, and prevention*. Br Med;
- Silva, D.R. (2003). *O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y)*. In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida & C. Machado (Coords). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto;
- Salmon. P., (2002). *Psychology of medicine and surgery: A guide for psychologists, counsellors, Nurses and doctors*. Chichester: John Wiley & Sons;
- Silva M.J.P., (1996). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 5ª Ed. São Paulo;
- Santos S. C. & Silva D. R. (1997). *Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a População Portuguesa: Primeiros dados*. Revista Portuguesa de Psicologia;
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R.E. (1970). *State-Trait Anxiety Inventory manual*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press;
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: current trends in theory and research*. New York: Academic Press;
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R, L., Lushene, R., E. Biaggio, A.M.B., & Natalício, L. (1979). *Inventário de ansiedade traço-estado – IDATE*. Rio de Janeiro: Cepa;
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State - Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y) (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto; Consulting Psychologists press, Inc;
- Spielberger, C. D., Sydeman, S. J., Owen, A. E., & Marsh, B. J. (1999). *Measuring anxiety and anger with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the State - Trait Anger*

- Expression Inventory (STAXI). In M. E. Maruish, (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates;
- Sawada N.O., (1995). *O sentimento do paciente hospitalizado frente à invasão de seu espaço territorial e pessoal* [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da USP;
 - Serafino, E. (1990). “*Health psychology: Biopsychosocial interactions*”, John W. & Sons Ltd. New York;
 - Slack, Nigel; Chambers, Stuart; Johnson, Robert (2002). *Administração da Produção*. São Paulo: Atlas;
 - Tähkä V.(1998). *O relacionamento médico – paciente*. Porto Alegre: Artes Médicas;
 - Teixeira, E. R. Veloso, R. C. (2006). *O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde*. Brasil;
 - Thorpe, Geoffrey L. et al (1990). *Behavior therapy: concepts, procedures, and applications*. Allyn and Bacon.Boston;
 - Tabach, Ana Carolina M. (2009). *Como Tornar a Espera, na Ante Sala do Médico, Menos Angustiante?* Enviado por Saúde & Lazer. www.saudelazer.com/index2.php?option=com;
 - Wolosin R.J. (1989). *The experience of screening mammography*. J. Fam Pratt;
 - Zeithaml, Valarie A. Bitner, Mary J. (2003). *Marketing de Serviços. A empresa com foco no cliente*. Porto Alegre. Bookman;

9. Anexos

Anexo I - Inventário de ansiedade estado - traço (STAI)

Anexo II – Outputs