

Ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório ortopédico

Anxiety and depression in patients in the preoperative orthopedic

Natallia Pereira Sousa¹

Landwehrle de Lucena da Silva²

Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes³

Marcelo Moreira Corgozinho⁴

¹Especialista em Enfermagem de Centro Cirúrgico pela Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS/Fepecs

²Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia pela Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS/Fepecs

³Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília - UnB. Coordenadora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico da ESCS/Fepecs

⁴Doutor em Bioética pela Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília - UnB. Tutor do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/Fepecs.

Contato para correspondência: Marcelo Moreira Corgozinho. E-mail: mmcorgozinho@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar a presença de sintomas de ansiedade e depressão, e descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Os pacientes foram divididos em grupos e submetidos à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. **Resultados:** A avaliação mostrou que 60% apresentaram ansiedade (HADS-A ≥ 9) e 38% sintomas depressivos (HADS-D ≥ 9). O maior tempo de internação influenciou a incidência de ansiedade. **Conclusão:** Este estudo evidencia a necessidade de medidas que minimizem a ansiedade no pré-operatório ortopédico.

Palavras-chave: Tempo de Internação; Cirurgia Ortopédica; Ansiedade; Depressão.

ABSTRACT

Objective: To identify the signs of anxiety and depression symptoms, describing the sociodemographic profile of the patients. **Method:** This is a descriptive study with a quantitative approach. The patients were divided into groups and submitted to the Hospital Anxiety and Depression Scale. **Results:** The evaluation showed that 60% had anxiety (HADS-A ≥ 9) and 38% had depressive symptoms (HADS-D ≥ 9). The longer hospital stay influenced the incidence of anxiety. **Conclusion:** This study highlights the need for measures that minimize anxiety in the orthopedic preoperative.

Keywords: Length of Stay; Orthopedic Surgery; Anxiety; Depression.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de transtornos psiquiátricos cresceu enormemente na população mundial. Tendem a acometer adultos jovens em plena capacidade laboral, causando prejuízo social considerável. Além disto, estão entre as doenças mais incapacitantes e ocupa lugar de destaque nos atendimentos de urgência e emergência dos prontos-socorros¹.

Os sintomas ansiosos e depressivos são os mais prevalentes entre os transtornos psíquicos. Podem surgir como sintomas episódicos ou como parte síndromes debilitantes e crônicas, com sofrimento significativo. O adoecimento geralmente tem causa multifatorial, mas em muitos casos pode-se identificar fatores desencadeantes que comportam-se como verdadeiros gatilhos, por exemplo traumas físicos, mentais, perdas, frustrações, separações conjugais ou paternais, abandono e *bullying*². O adoecimento físico constitui fator relevante para surgimento ou agravamento de transtornos ansiosos e depressivos. A doença física, quando seguida de internação traz à tona uma situação de extrema fragilidade e revela aos pacientes a iminência da morte, real ou não, ou a ameaça à sua integridade física³.

O paciente hospitalizado encontra-se em situação de vulnerabilidade e vê-se privado de suas atividades diárias, sua vida social, laboral e do afeto familiar. Muitas vezes há dificuldade em se reconhecer tendo seu corpo definido por sensações de dor, limitação e incapacidade. Estudos realizados em hospitais gerais indicam que 20% a 60% dos pacientes internados apresentaram transtornos mentais. O tempo de internação e suas implicações tiveram relação direta com a incidência de sintomas depressivos e/ou ansiosos, ou seja, longos períodos de institucionalização aumentaram as taxas de sintomas ansiosos e depressivos^{3,4}. Apesar de causarem considerável sofrimento e implicações clínicas, pelo menos um terço dos pacientes acometidos por transtornos do humor não são diagnosticados. Em geral, torna-se difícil diferenciar "casos psiquiátricos", notadamente quando o sofrimento psíquico é decorrente de doenças físicas ou de problemas sociais³⁻⁵.

Além da hospitalização se constituir como fator desencadeante de tais sintomas, procedimentos cirúrgicos associados podem colaborar com o desenvolvimento e/ou agravamento de ansiedade e depressão. Desde o conhecimento da necessidade da intervenção cirúrgica, o paciente passa a experimentar uma fase cheia de medo – ficar incapacitado e ter dor no período pós-operatório – , angústia e perda da independência, que colabora para a ansiedade e depressão no momento que antecede o procedimento anestésico-cirúrgico^{5,7}. O impacto que isso pode causar varia de acordo com cada paciente e de outros fatores, como sexo, idade, profissão, redes de apoio, tipo de cirurgia, dentre outros^{4,6-7}.

Este estudo justifica-se pelo fato da ocorrência de sofrimento psíquico no perioperatório interferir na terapêutica e reabilitação do paciente, que resulta na recuperação lenta, com maior consumo de anestésicos e analgésicos, maior tempo de internação, dificuldade da adesão ao tratamento e alteração do sistema imune, deixando-o suscetível à infecções secundárias⁴⁻⁵. Ademais, a avaliação pré-operatória voltada para estes transtornos podem contribuir para a melhor avaliação e manejo das condições emocionais pré-operatórias⁶. Objetiva-se identificar a presença de sintomas de ansiedade e depressão, e descrever o perfil sociodemográfico de paciente no pré-operatório de cirurgia ortopédica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em um hospital geral do Sistema Único de Saúde (SUS), situado no Distrito Federal (DF). A amostra foi composta de pacientes internados na unidade de Pronto Socorro de Ortopedia e Traumatologia no período de 60 dias, que aguardavam suas cirurgias. Foram entrevistados 50 pacientes com idade superior a 18 anos e com estado físico classificado pelo escore ASA (*American Society of Anesthesiologists*) em ASA I, ASA II e ASA III⁸. Foram excluídos pacientes com diagnóstico de doença psiquiátricas, abuso de substâncias psicoativas, surdez, cegueira e deficiência fonadora.

Em relação à coleta de dados, os pacientes foram divididos em 4 grupos de acordo com o tempo de internação à espera da cirurgia ortopédica: G0 = até 24h de internação; G1 = 24h a 7 dias; G2 = 7 a 21 dias; G3 = mais que 21 dias. Foi aplicado o instrumento de pesquisa – questionário semiestruturado – para caracterizar o perfil sociodemográfico (idade, sexo, escolaridade) e clínico (dias de internação, tipo de fratura/patologia, limitação funcional e enquadramento na escala ASA).

Todos os participantes responderam à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*). A HADS foi validada na versão em português por Botega e colaboradores³, e se destaca pelo fácil manuseio, execução e pela praticidade ao ser aplicada pelo entrevistador ou respondida pelo próprio paciente. O instrumento de triagem para transtornos de ansiedade e depressão – possui quatorze itens dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Os pontos de cortes para a presença de indícios de ansiedade e depressão são: HAD-a < 9 sem ansiedade, se > = 9 com traços de ansiedade; e HAD-d < 9 sem depressão, se > = 9 com traços de depressão.

Este estudo garantiu o respeito à dignidade dos participantes, seguindo as recomendações da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa⁹. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, com parecer de aprovação n° 2.966.011 – CAAE: 96402318.6.0000.5553.

RESULTADOS

Em relação à Tabela 1, observa-se que a amostra final foi constituída de 50 participantes entrevistados, sendo 68% do sexo masculino e 32% do sexo feminino. A faixa etária variou de 18 a 94 anos, com média 46,7 anos. Quanto ao Estado de domicílio da maioria dos entrevistados, 54% declararam residir no Estado de Goiás e 42%, em cidades no Distrito Federal. Em relação à escolaridade, 58% informaram ensino médio; 34%, ensino fundamental; 4%, ensino superior; e 4%, não alfabetizado. Ainda sobre o perfil socioeconômico, 38% eram profissionais autônomos; 34%, vínculos formais de trabalho; 16%, desempregados; e 12%, aposentados. No que diz respeito ao motivo de internação, 58% eram por fraturas nos membros inferiores (MMII); 38%, nos membros superiores (MMSS); 2%, na coluna; e 2%, na pelve. Sobre a classificação do estado físico, a maioria dos pacientes obteve ASA I (52%); seguidos de ASA II (44%); e ASA III (4%).

Tabela 1. Dados sociodemográficos e escala de ansiedade e depressão

Variáveis	Total de Pacientes	Com Ansiedade (HADS-A ≥ 9)	Com Depressão (HADS-D ≥ 9)
Total	n = 50	30 (60%)	19 (38%)
Sexo			
Masculino	34 (68%)	21 (61,7%)	12 (35,2%)
Feminino	16 (32%)	9 (56,2%)	7 (43,7%)
Idade	18 — 94 46,74 ± 16,34	18 — 94 48,9	27 — 94 50,05
UF			
DF	21 (42%)	11 (52,4%)	7 (33,3%)
GO	27 (54%)	18 (66,7%)	11 (40,7%)
BA	1 (2%)	1 (100%)	-
MG	1 (2%)	-	1 (100%)
Escolaridade			
Analfabeto	2 (4%)	2 (100%)	1 (50%)
Fundamental	17 (34%)	12 (70,58%)	7 (41,17%)
Médio	29 (58%)	15 (51,72%)	11 (37,93%)
Graduação	2 (4%)	1 (50%)	-
Pós-Graduação	-	-	-
Situação ocupacional			

Desempregado	8 (16%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)
Vínculo	17 (34%)	8 (47,95%)	6 (35,29%)
Autônomo	19 (38%)	13 (68,42%)	9 (47,36%)
Aposentado	6 (12%)	2 (33,33%)	1 (16,66%)
Segmento de Fratura			
Membros superiores	19 (38%)	11 (57,89%)	8 (42,1%)
Membros inferiores	29 (58%)	17 (58,62%)	9 (31,03%)
Coluna	1 (2%)	1 (100%)	1 (100%)
Pelve	1 (2%)	1 (100%)	1 (100%)
Estado físico			
ASA I	26 (52%)	20 (76,9%)	6 (23%)
ASA II	22 (44%)	10 (45,5%)	12 (54,5%)
ASA III	2 (4%)	1 (50%)	1 (100%)

Fonte: Autoria própria, 2020.

A Tabela 2 refere-se aos grupos que foram organizados conforme o tempo de internação, na seguinte distribuição: G0 = 4 (8%), G1=18 (36%), G2=21 (42%) e G3=7 (14%), totalizando 50 pacientes. Sobre a pontuação de corte através dos escores HADS-A (ansiedade) e HADS-D (depressão), observou-se que 60% dos pacientes apresentaram sintomas ansiosos (HADS-A \geq 9) e 38% sintomas depressivos (HADS-D \geq 9). Ao relacionarmos somente os pacientes com ansiedade e o estado de domicílio, 66,7% residiam no Estado de Goiás e 33,3% residiam no DF. Quanto aos estados de origem, considerando os sintomas depressivos, 40,7% dos que residiam em Goiás e 33,3% do DF apresentaram sintomas de depressão, assim como o único morador de Minas Gerais.

Tabela 2. Relação entre internação e presença de ansiedade e depressão

Grupos (G)	Pacientes	Ansiedade (HADS-A \geq 9)	Depressão (HADS-D \geq 9)
G0 = < 24h	4 (8%)	-	1 (25%)
G1 = 24h – 7dias	18 (36%)	11 (61,11%)	8 (44,44%)
G2 = 7 – 21dias	21 (42%)	13 (61,9%)	7 (33,33%)
G3 = > 21dias	7 (14%)	6 (85,71%)	3 (42,85%)

Fonte: Autoria própria, 2020.

Ao relacionar os pacientes que apresentaram sintomas de ansiedade com grau de instrução, todos os analfabetos (n = 2) apresentaram ansiedade; seguidos de 70,5% daqueles com ensino fundamental; 51,7%, do ensino médio; e 50%, dos graduados. Em relação ao

grau de instrução e associando-o ao grupo depressivo, verifica-se que 50% (n = 1) dos analfabetos apontaram sintomas depressivos; seguidos de 41,1%, daqueles com ensino fundamental; e 37%, daqueles com ensino médio. Dentre os graduados, nenhum apresentou relação com a depressão.

Quando consideramos situação ocupacional e a presença de ansiedade, 62,5% dos desempregados referiram sintomas de ansiedade, 47% daqueles com vínculo empregatício, 68% dos autônomos e 33% entre os aposentados. Em relação à presença de sintomas depressivos, 37,5% dos desempregados tinham sintomas associados à depressão, seguidos de 35,2% daqueles com vínculo empregatício, 47,3% dos autônomos e 16,6% dos aposentados.

Acerca da presença de sintomas ansiosos de acordo com segmento corporal afetado, os sintomas de ansiedade estavam presentes em 57,8% dos pacientes que tinham fratura de MMSS e em 58,2% daqueles com fratura em MMII. Quando considerado o grupo depressivo com segmento fraturado, 42,1% tinham fratura em MMSS e 31% tinham fratura em MMII. Ambos com lesão na coluna e na pelve se encontravam com sintomas depressivos.

Observa-se que houve maior incidência de ansiedade quando relacionado ao tempo de internação, ou seja, os pacientes com maior tempo de internação apresentaram maiores sintomas de ansiedade. Diferentemente, não houve relação entre o tempo de internação e os sintomas de depressão.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa foi formado majoritariamente por homens, média de 47 anos e economicamente ativos. Este dado é reafirmado por estudo epidemiológico o qual demonstrou maiores taxas de homens com fraturas e internações em hospitais de urgência¹⁰. O fato de os homens serem a maior parcela de hospitalizados na ortopedia é altamente influenciado por padrões econômicos e socioculturais de cada região. A concepção do homem como propício para o trabalho extenuante, exigente do ponto de vista da força física, o expõe a acidentes de trabalho – quedas, traumatismos, dentre outros. Além disso, no convívio social, representado pela violência física, perfurações por arma de fogo, drogadição, esportes de contato e acidentes de trânsito¹⁰⁻¹².

A maioria dos entrevistados é oriunda do Estado de Goiás, vizinho à instituição da realização deste estudo. Nesse sentido, dados da Secretaria de Estado de Saúde do DF confirmaram este resultado, mostrando que 49,32% dos pacientes atendidos no Hospital Regional do Gama são de outros estados, principalmente proveniente do Estado de Goiás (99,6%)¹³.

Quanto às características socioeconômicas, em especial à avaliação do nível de instrução, mostra-se consoante às características da população urbana brasileira, cujo nível de analfabetismo é baixo, e a maior parte tem nível fundamental ou médio; porém, ainda com poucos graduados – principalmente entre aqueles com renda baixa¹⁴. Complementar a isso, no que se refere ao tipo de vínculo empregatício, observou-se uma maioria de autônomos e celetistas.

Sobre a aplicação da escala HADS, enfatiza-se que é um instrumento utilizado com frequência nas duas últimas décadas no rastreamento de ansiedade e depressão em pacientes internados³. Dessa forma, este estudo identificou que 60% dos pacientes apresentaram sintomas de ansiedade no pré-operatório de cirurgia ortopédica, enquanto que 38% apresentaram sintomas de depressão. Quando relacionado o tempo de internação e a ansiedade, evidenciou-se o aumento diretamente proporcional na quantidade de pacientes com sintomas de ansiedade com os dias de internação. Os achados são similares a outros estudos^{15,16}, sendo o evento “cirurgia” um importante gerador de incertezas, medos e conjecturas; considerado altamente ansiogênico, principalmente quando há falhas na assistência e no cuidado destes pacientes.

Diferentemente, não houve relação entre o tempo de internação e os sintomas de depressão. Tal achado se contrapõe ao estudo¹⁶ realizado com 100 pacientes no pré-operatório, que mostrou que tanto ansiedade quanto depressão se relacionavam com o maior tempo de internação.

Observou-se que não houve relação entre os níveis de ansiedade e/ou depressão no pré-operatório em relação ao sexo, idade, estado civil e situação ocupacional. Nesse sentido, um estudo¹⁵ afirma não haver diferença significativa entre escolaridade e os escores de ansiedade e depressão, no entanto, apresenta as variáveis sexo e idade como efeitos preditores para o estado emocional dos pacientes.

No que tange ao grau de instrução, observou-se que houve uma queda de sintomas de ansiedade e depressão naqueles com maior grau de instrução. A literatura revela que o menor acesso e compreensão da informação alteram a capacidade de enfrentamento do paciente perante o desconhecido, aumentando as chances de sintomas psíquicos no pré-operatório^{6,17,18}.

A hospitalização e a intervenção cirúrgica por si só podem criar ou potencializar quadros como angústia, insegurança, medo e tristeza, rompendo o equilíbrio físico-psicológico do paciente. Soma-se o fato de o ambiente hospitalar modificar a rotina do indivíduo, afastam-o de seus familiares, amigos, e muitas vezes ainda expõe sua intimidade a “estranhos”^{5,7}. É sabido que sintomas de ansiedade e depressão são considerados possíveis

fatores negativos na recuperação do paciente após a cirurgia, maior demanda por analgésico e menor adesão ao tratamento. Além disso, esses fatores contribuem para o aumento do período de hospitalização e geram custos elevados ao sistema de saúde¹⁷⁻¹⁹.

É consenso que intervenções na assistência têm potencial de provocar mudanças comportamentais na maioria dos pacientes diminuindo os riscos cirúrgicos previsíveis aos quais estão expostos e eventuais complicações no pós-operatório, sobretudo reduzindo a ansiedade^{5,17}. Deve-se considerar que o ser humano é constituído por aspectos biopsicossociais e seu estado mental também merece atenção, pois repercute diretamente nos sistemas do organismo⁵⁻⁷.

CONCLUSÕES

Concluiu-se com este estudo que 60% dos participantes apresentaram sintomas de ansiedade e 38% sintomas de depressão. Os participantes com maior tempo de internação apresentaram maior incidência de sintomas de ansiedade, enquanto que os sintomas de depressão não se destacaram em relação ao tempo de internação. A internação hospitalar prolongada foi um fator negativo para o bem-estar emocional dos pacientes participantes deste estudo, especialmente para aqueles internados por longos períodos, em condições de fragilidade como é o estado pré-operatório em hospital de urgência do SUS.

É importante que ocorra investimentos no cuidado pré-operatório, no sentido de auxiliar os pacientes na compreensão de todo o processo assistencial perioperatório. Contudo, ações que busquem auxiliar o paciente hospitalizado a enfrentar esse momento, com profissionais que demonstrem empatia, que informem sobre os procedimentos que serão realizados, contribuirão para minimizar os efeitos deletérios da internação. Advoga-se que a realização das visitas pré-operatórias – médica e de enfermagem – constituem fortes aliadas no atendimento perioperatório.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro RC, Uchida RR, Mathias LAST, Perez MC, Cordeiro Q. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. J. Bras. Psiquiatr. 2014;63(3):213-129. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000222>
2. Roblega G, Sillero-Sillero A, Puig T, Gich I, Baños JE. Influencia do estado emocional pré-operatório na dor pós operatoria após cirurgias ortopédicas e traumatológicas. Rev.

Latino-Am. Enferm. 2014; 22(5):785-91. Disponível em: <https://doi.org/0.1590/0104-1169.0118.2481>

3. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Jr CS, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev. Saúde Publ. 1995;29(5):359-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n5/04.pdf>

4. Carneiro AF, Mathias LAST, Júnior AR, Moraes NS, Gozzani JL, Miranda AP. Avaliação da ansiedade e depressão no período pré-operatório em pacientes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos. Rev. Bras. Anestesiol. 2009;59(4):431-38 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942009000400005>

5. Costa VASF, Silva SCF, Lima VCP. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. Rev. SBPH. 2010;13(2):282-985. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200010&lng=pt.

6. Daian MR, Petroianu A, Alberti LR. Avaliação do estresse psíquico em pacientes submetidos a operações de grande porte sob anestesia geral. J. Bras. Psiq. 2009;58(4):245-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000400005>

7. Maluf EMC, Richlin CH, Barreira MA. Prevalência de ansiedade e depressão no pré-operatório de cirurgias eletivas em um Hospital Universitário em Curitiba. Rev. Med. UFPR. 2015; 2(2):62-66. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/rmu.v2i2.41386>

8. Moreno RP, Pearse R, Rhodes A. O escore da American Society of Anesthesiologists: ainda útil após 60 anos? Resultados do estudo EuSOS. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2015; 27(2):105-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v27n2/0103-507X-rbti-27-02-0105-suppl01.pdf>

9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

10. Credo PF, Felix JVC. Perfil dos pacientes atendidos em um hospital de referência ao trauma em Curitiba: implicações para a enfermagem. Cogitare Enferm. 2012;17(1):126-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26385>

11. Castro RRM, Ribeiro NF, Andrade AM, Jaque BD. Perfil dos pacientes da enfermagem de ortopedia de um hospital público de Salvador-Bahia. Acta Ortop. Bras. 2013;21(4):191-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522013000400001>

12. Souto RMCV, Barufaldi LA, Nico LS, Freitas MG. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017;22(9):2811-823. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13342017>
13. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. Quantitativo, média mensal e percentual de atendimentos a pacientes fora do DF - janeiro a agosto/2014. Brasília: SES/SUPRAC; 2015. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Atend_a_Pac_Resid_Fora_do_DF_Jan_a_Dez_2013_1.pdf
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) - Educação 2017. Brasília: IBGE; 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101657_informativo.pdf
15. Santos MA, Rossse LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo DA, Machado ECB. Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. *Rev. Eletr. Enf.* 2012;14(4):922-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a21.htm>
16. Navarro-García MA, Marín-Fernández B, Carlos-Alegre V, Martínez-Oroz A, Martorell-Gurucharri A, Ordoñez-Ortigosa E, et al. Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. *Rev. Esp. Cardiol.* 2011;64(11):1005-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.06.009>
17. Santos MMB, Martins JC, Oliveira LMN. A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Rev. Enf. Ref.* 2014;4(3):7-15. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIII1393>
18. Santos AF, Santos LA, Melo DO, Júnior AA. Estresse pré-operatório: comparação entre pacientes do SUS e conveniados. *Rev. Psicol: Reflex. Crít.* 2009; 22(2):269-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000200014>
19. Gonçalves KKN, Silva JI, Gomes ET, Pinheiro LLS, Figueiredo TR, Bezerra SMMS. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Bras. Enferm.* 2016;69(2):397-403. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690225i>