

Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia

André Faro Santos

Faculdade Pio Décimo/Universidade Federal de Sergipe

Lidiane dos Anjos Santos

Faculdade de Psicologia Pio Décimo

Daniela Oliveira Melo

Antônio Alves Júnior

Universidade Federal de Sergipe

RESUMO

A presente pesquisa objetivou comparar o estresse em pacientes no pré-operatório da cirurgia de colecistectomia em relação aos pacientes submetidos ao tratamento clínico de gastrite, buscando também delinear as estratégias de enfrentamento utilizadas por esses pacientes. A amostra foi composta por dois grupos, sendo 15 pacientes cirúrgicos e 10 pacientes do tratamento clínico. Para a detecção do estresse utilizou-se o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp e para o conhecimento das estratégias de enfrentamento, aplicou-se o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus. Nos resultados, constatou-se que a maioria dos pacientes cirúrgicos teve estresse (73,3%), enquanto no grupo do tratamento clínico, somente 10% deles apresentaram. Predominaram pacientes na fase de resistência (72,7%) e com sintomas físicos (63,3%). Houve relação estatisticamente significativa entre o sexo e o diagnóstico de estresse, indicando que o sexo feminino apresentou maior ocorrência de estresse na amostra pesquisada ($p < 0,05$). A principal estratégia de enfrentamento mobilizada por ambos os grupos foi o fator fuga-esquiva. Acredita-se que a cirurgia caracterizou-se como um fator estressante, ressaltando a necessidade da implementação de ações que visem o manejo adequado do estresse, em vista da redução da tensão no pré-cirúrgico e uma melhor recuperação no pós-cirúrgico.

Palavras-chave: estresse; cirurgia; enfrentamento.

ABSTRACT

Stress and coping in patients who are going to cholecystectomy surgery

This research aimed to compare stress among patients who are going to have cholecystectomy surgery, with a control group of patients in clinical treatment of gastritis, and also to delineate the problems confrontation strategies used by those patients. There were 2 groups, 15 surgical patients and 10 clinical patients. The Inventory of Stress Symptoms of Lipp was used to evaluate the stress and, in order to assess coping strategies, the Folkman and Lazarus's Ways of Coping Questionnaire was applied. It was verified that most of surgical patients had stress (73,3%), while only 10% at clinical patients. There were more patients in the stage of resistance (72,7%) and with physical symptoms (63,3%). There was a significant relation between gender and the diagnosis of stress, showing there was higher occurrence of stress cases among the women in this sample ($p < 0,05$). The main coping strategy in both groups was the factor escape and avoidance. Surgery was described as a stress factor, underlining the need for stress management interventions, aiming to reduce pre-surgery stress and a better recuperation after it.

Keywords: reading and writing performance; linguistic variation; awareness morphological/syntactic.

No momento em que uma pessoa precisa submeter-se a uma cirurgia, as circunstâncias em que ocorre este fato são extremamente complexas e variáveis,

suscitando a reformulação de concepções e formatação de novos modelos de comportamento para lidar com este evento estressante específico. Diante

da cirurgia, conhecer das formas de reação ao estresse torna-se interessante no sentido de poder ser analisada e fundamentada a atuação dos profissionais que lidam com este paciente, visando à adaptação às demandas emocionais e fisiológicas do processo cirúrgico (Sebastiani & Maia, 2005).

Esta busca de conhecimento do perfil emocional do paciente justifica-se, social e cientificamente, por poder favorecer o planejamento de ações que busquem fomentar estratégias de enfrentamento adaptativas, promovendo, dessa forma, a redução da ansiedade e do estresse, através da predição de comportamentos mais adaptativos para uma melhor recuperação no pós-operatório; uma das premissas do papel do psicólogo junto ao paciente cirúrgico, estendida aos profissionais de saúde envolvidos com esta área.

O estresse é conceitualmente entendido como um processo complexo e multidimensional, em que atuam estressores agudos ou crônicos, criando um estado de excitação emocional, agradável ou desagradável, que, ao perturbarem a homeostase, disparam um processo de adaptação que produz diversas reações sistêmicas, com distúrbios fisiológicos e psicológicos (Arantes & Vieira, 2002; Lipp, 2000; Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003).

As reações ao estresse surgem mediante um processo de etapas, nas quais a sintomatologia e a forma de manejo são diferenciadas de acordo com a fase observada (Lipp, 2003). Segundo o modelo de Lipp (2000), estas são a de alarme, resistência, quase-exaustão e a exaustão, que se distinguem pela duração da ação do estressor, aparecimento de sintomas orgânicos e/ou emocionais e pelo resultado dos mecanismos de enfrentamento. A fase de alarme é considerada a resposta inicial ante o estressor, onde é desencadeada uma série de reações para a sobrevivência orgânica, dentre elas aumento da pressão arterial, tensão muscular, diminuição dos linfócitos T, etc. (Arantes & Vieira, 2002; Lipp, 1996).

A fase da resistência acontece quando há a persistência do estressor, predominando a reação passiva na busca pela adaptação (Selye, 1954). Alguns sintomas desta fase são: hipertensão arterial, dificuldade de cicatrização, rebaixamento do sistema imunológico, etc. (Sardá, Legal & Jablonsky Jr., 2004). A quase-exaustão caracteriza-se como o início do enfraquecimento do organismo diante do estresse, começando a surgir doenças, mas ainda não tão graves quanto à fase de exaustão. Esta última que se caracteriza pela não mais possibilidade de resistência ao estressor e o surgimento de patologias orgânicas e psíquicas graves,

que quando permanecem atuando por um fracasso adaptativo, as conseqüências do estresse podem levar até a morte. São patologias observadas nesta fase: doenças cardíacas, auto-imunes, gastrintestinais, depressão, entre outras (Lipp, 2000).

O diagnóstico do estresse pode ser feito de diversas formas. Alguns autores indicam a categorização de grandes eventos vitais, pois estes exigem que a pessoa utilize uma elevada quantidade de energia adaptativa para poder enfrentar a situação. Outra forma possível é a medição do nível de catecolaminas no sangue, hormônios presentes na reação neuroendócrina ao estresse. Ainda há os pesquisadores que sugerem o diagnóstico fisiológico, por meio de técnicas eletro dérmicas e medidas cardiovasculares (Lipp, 1996). Lipp (2000) propõe que o estresse seja diagnosticado por intermédio da soma dos sintomas que a pessoa apresenta no contato com o estressor. A ocorrência do estresse, nesta perspectiva, é delineada através da sintomatologia física e psíquica que o paciente manifesta ao experienciar uma situação estressora, seja por meio do relato verbal ou da observação clínica.

Uma das diversas linhas que procuram compreender como as pessoas enfrentam o estresse é a escola cognitiva, na qual se baseia a teoria do enfrentamento (Guido, 2003). O enfrentamento (tradução aproximada do termo inglês *coping*) corresponde a um processo em que o indivíduo administra as demandas internas ou externas específicas percebidas como estressantes e as emoções que são geradas (Lazarus & Folkman, 1984).

As estratégias de enfrentamento demonstram as ações, comportamentos e/ou pensamentos que são usados para lidar com um conjunto de estressores (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998). Entendidas como um processo, as estratégias de enfrentamento podem ser aprendidas, usadas e descartadas, de acordo com a possibilidade de serem identificadas e reforçadas num dado momento da experiência do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984). O contexto emocional nessa concepção é de grande importância, pois o indivíduo, tendo consciência de sua realidade, busca estratégias que podem fazer frente aos estressores, permitindo incluir qualquer coisa que seja feita ou pensada, sem considerar este comportamento como certo ou errado, e sim, sendo avaliado em referência ao nível de adaptação e as conseqüências imediatas geradas (Gimenez, 1997; Guido, 2003).

O enfrentamento possui duas funções básicas: o foco no problema e o foco na emoção. O primeiro busca modificar a relação da pessoa com o meio

externo, enfatizando o contato com o estressor. A focalização no problema pode ser correspondente, por exemplo, à reestruturação cognitiva ou à busca por informações acerca do estressor, caracterizando-se pela objetividade do indivíduo diante do estresse. O foco na emoção enfatiza a resposta emocional ao estressor, visando reduzir a sensação desagradável do estresse. Cita-se, como exemplo, a ação de fumar um cigarro, ingerir bebidas ou evitar o contato com o problema a fim de não elevar a tensão emocional (Antoniazzi e cols., 1999; Lazarus & Folkman, 1984).

Quando o estressor mostra-se como passível de mudança ou superação, geralmente o foco no problema é mais utilizado. Por outro lado, quando a situação já foi avaliada e, mesmo assim, é considerado como tendo poucas possibilidades de mudança, o foco na emoção é o mais provável de ser mobilizado (Lazarus, 1999).

Demais autores também sugeriram formas de enfrentamento, destacando o suporte social e a religiosidade como meios para lidar com o estresse (Gimenez, 1997; Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). Estes diversos tipos de enfrentamento não são mutuamente exclusivos, mesclando-se durante o confronto com a situação estressora. No entanto, geralmente se observa um quadro específico de pensamentos e comportamentos que caracterizam a prevalência de uma ou outra forma de responder ao estresse (Savóia, 1999).

O objetivo da mobilização das estratégias de enfrentamento é a de tolerar, minimizar, aceitar ou ignorar o estressor, sendo um importante mecanismo de adaptação para a resolução de problemas e manejo do estresse em contextos particulares. Está na compreensão dos mecanismos de enfrentamento a possibilidade de conhecer como as pessoas avaliam uma determinada situação para assim poder manejar o seu estresse, visto que quando o enfrentamento é ineficaz, o estresse é mantido ou incrementado; quando é eficaz, o enfrentamento reduz ou elimina o estresse (Lazarus, 1999).

No contexto de uma cirurgia, há a mobilização de um alto volume de energia psíquica do indivíduo no seu pré-operatório, quando ele estabelece formas de poder lidar com seus estressores e com o estresse situacional (Godoy, Sarmiento & Romano, 2004). Esta circulação recente de energia gera desgaste emocional que, em virtude da elevação do estado de ansiedade, pode ocorrer uma queda abrupta no pós-cirúrgico e essa alteração comprometer a capacidade reativa na adaptação pós-operatório que, geralmente, exige

algum nível de transformação e participação ativa no processo de recuperação (Sebastiani, 2002).

Uma das cirurgias mais freqüentes no Brasil é a colecistectomia, que consiste na remoção cirúrgica da vesícula biliar. Segundo dados do SUS (Sistema Único de Saúde), em Sergipe, no ano de 2005, realizaram-se 978 colecistectomias, tendo o registro de 8.560 cirurgias deste tipo no estado nos últimos 10 anos. Em números nacionais, no ano de 2005, 113.910 colecistectomias foram realizadas nos hospitais do país (Banco de Dados do Sistema Único de Saúde [DATASUS], 2006).

A litíase biliar, uma das mais freqüentes causas para a realização da colecistectomia, significa a presença de cálculos na vesícula biliar, sendo as queixas mais observadas fortes dores abdominais e intolerância a alimentos gordurosos (Maciel & Ferrari Jr., 2001). A prevalência desta doença aumenta conforme a idade e é maior no sexo feminino (aproximadamente o dobro da taxa masculina), mantendo esta predominância das mulheres na população submetida a colecistectomia (Torres e cols., 2005). Não foram encontrados estudos nacionais que enfatizassem o enfrentamento de pacientes na cirurgia de colecistectomia, apesar das estimativas indicarem que cerca de 9 milhões de brasileiros com mais de 20 anos de idade apresentam litíase biliar, sendo possíveis candidatos ao tratamento cirúrgico (Crawford, 1999).

A colecistectomia possui um baixo índice de mortalidade, em torno de 0,1%, exceto quando é realizada em indivíduos com características específicas, tais como os idosos, indivíduos cirróticos, no período de inflamação da litíase biliar ou nas cirurgias emergenciais (Savassi-Rocha & Sanches, 2002). A cirurgia eletiva é considerada a intervenção ideal na colecistectomia, pois as cirurgias realizadas tardiamente ou emergenciais agravam as morbidades e aumentam a mortalidade dos pacientes. O exame mais utilizado para detectar a presença dos cálculos biliares e assim definir a prescrição da colecistectomia é a ultrasonografia abdominal, ação básica para o esclarecimento do procedimento a ser efetuado. A partir do diagnóstico diferencial, a cirurgia é indicada já após o primeiro episódio de dor (Soto e cols., 2003; Torres e cols., 2005).

Segundo Sebastiani e Maia (2005), o procedimento cirúrgico, apesar dos avanços tecnológicos alcançados, gera diversos tipos de reação emocional, onde o paciente percebe seu futuro como incerto e variados medos surgem (dor, incapacitação, morte, etc.) incrementando a ameaça à integridade física e psicológica.

Para estes autores, quanto maior o estresse e a tensão no pré-cirúrgico, maiores poderão ser as dificuldades em enfrentar os limites que a cirurgia impôs ao cotidiano do paciente.

O psicólogo, no acompanhamento a pacientes cirúrgicos, tem como uma de suas práticas a compreensão dos comportamentos e reações que podem favorecer ou comprometer o processo cirúrgico, visando à adaptação do indivíduo a sua realidade (Sebastiani & Maia, 2005). As cirurgias eletivas, privilegiadas na colecistectomia, que permitem o contato com o paciente antes da realização do procedimento cirúrgico, servem como parâmetro para o conhecimento de como as pessoas se estruturam afetiva e cognitivamente diante da necessidade de submeter-se a uma cirurgia.

De acordo com a necessidade de assistência ao paciente cirúrgico, aliada à elevada incidência da colecistectomia, a presente pesquisa objetivou comparar o estresse vivenciado por pacientes no pré-operatório desta cirurgia em relação aos pacientes submetidos ao tratamento clínico de gastrite, buscando também delinear as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos dos dois grupos em análise.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Fizeram parte deste estudo 15 pacientes em pré-operatório de colecistectomia nas dependências do Hospital São Domingos Sávio (Aracaju/SE), estes que compuseram o grupo de pesquisa, e 10 pacientes que seriam submetidos ao tratamento clínico de gastrite, que formaram o grupo de controle.

A gastrite, que atualmente prescinde a intervenção cirúrgica, possui um quadro sintomático semelhante ao da litíase biliar – dor em abdômen superior, náusea e intolerância a certos tipos de alimentos – sendo um critério para diagnóstico diferencial (Crawford, 1999; Soto e cols., 2003). Desse modo, optou-se por selecionar os pacientes com gastrite, pois as queixas sintomáticas são similares, mas é no esclarecimento da patologia que o tipo de tratamento a ser realizado torna-se distinto.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos participantes antes do início da entrevista, informando-os acerca do sigilo, acesso aos resultados da pesquisa, participação voluntária e anonimato de suas respostas. Ocorrendo a aceitação para participar da pesquisa, entregava-se o TCLE e, após sua assinatura, as entrevistas eram realizadas pelo próprio pesquisador ou por duas estudantes de graduação.

Junto aos pacientes cirúrgicos, o internamento hospitalar ocorreu no mesmo dia da cirurgia, geralmente no início da manhã. O contato dos entrevistados foi estabelecido cerca de 3 horas antes da entrada admissão no centro cirúrgico, ainda na enfermaria do hospital. A fim de evitar possíveis interferências, os participantes foram convidados a se dirigir para uma sala de espera no próprio hospital, onde se efetuava a entrevista somente na presença do entrevistador e do entrevistado. Há de ser ressaltado que durante a coleta de dados os pacientes não estavam medicados com drogas anestésicas, não tendo sido registrada a ocorrência de óbitos na enfermaria no mesmo turno da realização das entrevistas. Os indivíduos do grupo de controle foram contatados num serviço de gastroenterologia local, imediatamente após o diagnóstico de gastrite e a subsequente recomendação do tratamento clínico. As entrevistas ocorreram na própria clínica, em local reservado.

Foram fixados como parâmetros de seleção que o indivíduo deveria possuir entre 18 e 60 anos de idade e ter sido marcada a sua cirurgia ou iniciado seu tratamento clínico em até um mês referente à data da entrevista. Especificamente para os pacientes cirúrgicos, estabeleceu-se que o único procedimento cirúrgico programado para aquele momento seria a colecistectomia. Para o grupo de controle, contatados após a coleta de dados do grupo de pesquisa, selecionou-se indivíduos que apresentassem um perfil sociodemográfico semelhante ao dos pacientes cirúrgicos, a fim de pudessem ser comparadas as amostras. Como critério de exclusão, delineou-se que pacientes com alterações neurológicas ou psiquiátricas e os que fizessem uso de medicação controlada não participariam da amostra.

No delineamento das características sociodemográficas, aplicou-se um questionário contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil, local de residência (capital ou interior) e religião.

Para a avaliação do estresse, utilizou-se o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL). O ISSL é composto por três quadros que se referem as quatro fases do estresse, divididos de forma temporal em sintomas das: últimas 24 horas (fase de alarme), última semana (fase de resistência e quase-exaustão) e último mês (fase de exaustão). A sintomatologia é dividida em física e psicológica, correspondentes às manifestações mais frequentes do estresse sentidas pelos sujeitos que vivenciam uma situação potencialmente estressora. O diagnóstico positivo é

dado a partir da soma dos sintomas de cada quadro do inventário, sendo que ao atingir o número limite para uma fase específica, concebe-se que o sujeito tem estresse, esclarecendo qual a fase que ele se encontra e se pode estar evoluindo para estágios mais graves do estresse (Lipp, 2000).

Outro instrumento foi o Inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus (1984) que corresponde a um questionário de sessenta e seis itens, onde estão destacados pensamentos e/ou ações utilizadas para lidar com demandas externas e internas face a um evento estressante específico (Lazarus & Folkman, 1984). Este inventário é composto por oito fatores (confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva), que denotam o tipo de enfrentamento utilizado pelo indivíduo frente ao estresse. Tal instrumento foi traduzido, adaptado e validado para o Brasil por Savóia (1999).

Este estudo procurou ser descritivo, comparativo e de campo, com abordagem quantitativa. Após a coleta dos dados, estes foram armazenados e analisados com o auxílio do programa *SPSS for Windows – Versão 9.0*. Os dados do ISSL foram analisados por nível de estresse, principais sintomas e área, conforme orienta-

ção de Lipp (2000). Procedeu-se a análise dos dados do Inventário de Folkman e Lazarus segundo uma distribuição percentual dos fatores, indicando quais são as principais estratégias utilizadas pelos indivíduos.

Para a caracterização da população estudada utilizou-se a distribuição de frequências com números absolutos e percentuais. Na análise estatística aplicaram-se os seguintes testes: Teste do *Qui-quadrado* e o Teste T (*Student*). Visando avaliar a confiabilidade dos instrumentos da coleta de dados, efetuou-se o Método do Coeficiente *Alfa* de *Cronbach*. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

RESULTADOS

No grupo de pesquisa, constatou-se que 80% dos pacientes foram do sexo feminino, com idade média de 42,6 anos (D.P. 17,3). Em geral estes pacientes eram casados (60%), tendo o ensino fundamental como maior nível de escolaridade (66,7%) e professavam alguma religião (86,7%). Quanto à residência, a maioria dos pacientes cirúrgicos (53,3%) morava na capital Aracaju (Tabela 1).

Tabela 1: Descrição das variáveis sociodemográficas segundo os grupos de pesquisa e controle

Variáveis	Categorias	Grupo de Pesquisa	Grupo de Controle
Sexo	Masculino	20%	40%
	Feminino	80%	60%
Idade	-	42,6 (D.P. 17,3)	34,1 (D.P. 11)
Estado civil	Casado(a)	60%	50%
	Solteiro(a)	13,3%	30%
	Divorciado(a)	26,7%	20%
Nível de escolaridade	Não-alfabetizado	66,7%	30%
	Fundamental	20%	30%
	Médio	13,3%	10%
	Superior	0%	30%
Religião	Sim	86,7%	80%
	Não	13,3%	20%
Residência	Capital	53,3%	70%
	Interior	46,7%	30%

A fim de ser verificada a equivalência dos grupos de pesquisa e de controle, executou-se o teste do *Qui-quadrado* para as variáveis categóricas, indicando que em relação ao sexo, escolaridade, estado civil, residência e religião não houve diferença estatística significativa ($p > 0,05$). Para a variável idade, por ser contínua, aplicou-se o teste t (*student*), cujo resultado mostrou não haver diferença estatística entre os grupos

($p > 0,05$). Dessa forma, percebeu-se que os grupos foram homogêneos, permitindo sua comparação.

No grupo de pesquisa foi detectada a prevalência de indivíduos com o diagnóstico de estresse (73,3%) e na fase de resistência (72,7%), com uma probabilidade de 45,5% de evoluir o seu quadro para fases mais graves do estresse. Em relação ao grupo de controle, a maioria dos pacientes não teve estresse (90%) e somente um indivíduo apresentou o diagnóstico de

estresse (10%), sendo que este foi do sexo feminino. A fase do estresse em que se encontrava foi a de resistência (100%), apresentando principalmente sinto-

mas físicos (100%) e sem sinalizar evolução do seu quadro. Nenhum paciente dos dois grupos encontrava-se na fase de quase-exaustão (Figura 1).

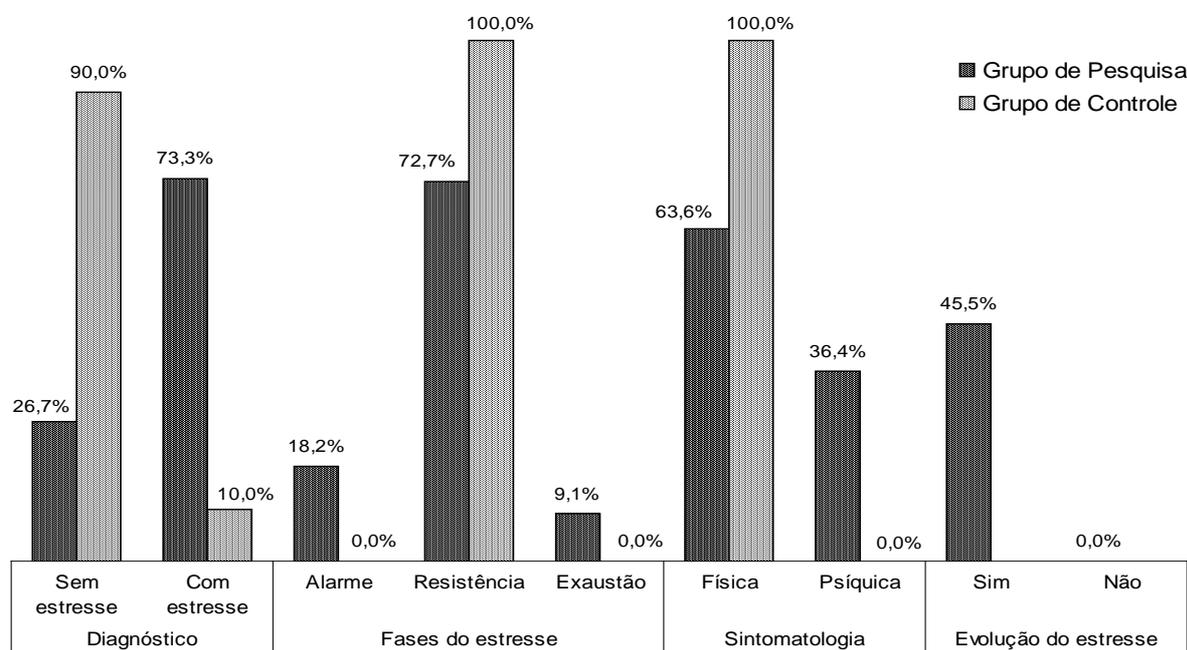


Figura 1: Representação gráfica dos resultados percentuais do ISSL aplicado em pacientes no pré-operatório de colecistectomia e pacientes com gastrite.

Com o teste do *Qui-quadrado* verificou-se a existência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos de pesquisa e controle *versus* o diagnóstico de estresse, confirmando a maior frequência do estresse em pacientes no pré-operatório de colecistectomia ($p < 0,05$). Quanto ao sexo *versus* o diagnóstico de estresse, também foi detectada diferença significativa

através do *Qui-Quadrado*, indicando que as mulheres tiveram mais estresse na amostra total ($p < 0,05$).

No grupo de pesquisa, a sintomatologia física foi predominante (63,6%), aparecendo com maior frequência os sintomas da fase de resistência cansaço constante (58,3%) e mal-estar generalizado, sem causa específica (58,3%), conforme apresentação da Tabela 2.

Tabela 2: Prevalência de sintomas da fase de resistência em pacientes no pré-operatório de colecistectomia

Sintomas	%
Cansaço constante	58,3
Mal-estar generalizado, sem causa específica	58,3
Problemas de memória	50,0
Sensação de desgaste físico constante	50,0
Hipertensão arterial	33,3
Mudança de apetite	33,3
Tontura e sensação de estar flutuando	33,3
Aparecimento de problemas dermatológicos	25,0
Formigamento das extremidades	25,0
Aparecimento de úlcera	16,7

A principal estratégia de enfrentamento utilizada pelos pacientes do grupo de pesquisa foi o fator fuga e esquiva, com 46,7% (Figura 2). No grupo de controle

observou-se a seguinte distribuição: fuga e esquiva (40%), suporte social (30%), afastamento (10%), autocontrole (10%) e reavaliação positiva (10%).

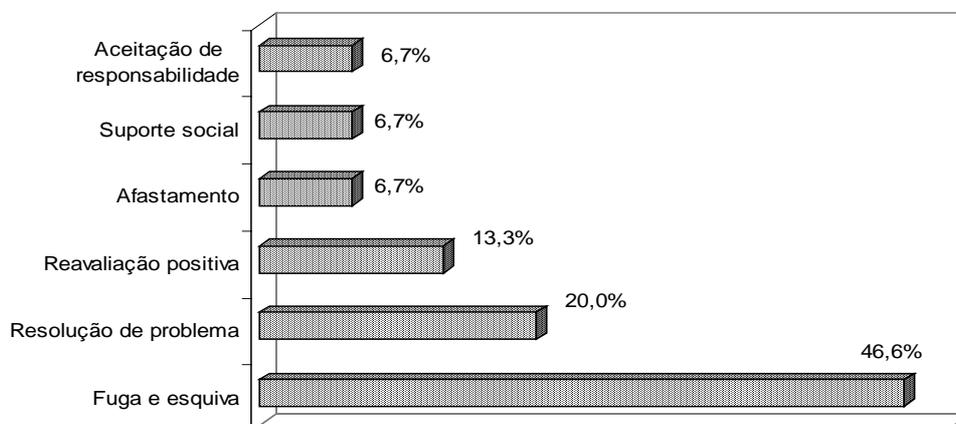


Figura 2: Representação gráfica das principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes no pré-operatório de colecistectomia.

Tanto o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (2000), como o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1984) apresentaram o Coeficiente de Cronbach superior a 0,40, tal evidência atestando a consistência interna satisfatória dos instrumentos (Guido, 2003).

DISCUSSÃO

Em relação aos pacientes no pré-operatório de colecistectomia, houve o predomínio de mulheres na amostra pesquisada, dado que corresponde às estimativas acerca da maior prevalência da litíase biliar no sexo feminino (Milcent, Santos & Bravo Neto, 2005). Segundo a literatura, o fato das mulheres apresentarem maiores índices de transtornos digestivos, o uso de anticoncepcionais e a ação dos hormônios elevam a probabilidade das mulheres apresentarem cálculos biliares, elevando o índice das cirurgias de colecistectomia neste sexo (Pérez-Ayuso e cols., 2002; Torres e cols., 2005).

Constatou-se que a maioria dos pacientes cirúrgicos mostrou-se estressado e na fase de resistência. Predominou o aparecimento dos sintomas físicos, tais como problemas de memória, mal-estar generalizado, desgaste físico, cansaço constante, revelando as queixas mais relatadas no pré-operatório. A resistência é

uma fase onde o indivíduo busca o reequilíbrio através da utilização de suas reservas de energia adaptativa, procurando resistir a um estressor que não foi assimilado de forma salutar ou que continua causando-lhe desconforto físico e/ou psíquico (Lipp, 1996).

Durante a resistência, cognitivamente a pessoa não apresenta maiores conseqüências em relação ao estresse, mantendo uma pseudo adaptação que caracteriza a expectativa de que o estressor se extinga ou passe a não mais incomodar. São as alterações fisiológicas que sinalizam a incapacidade do organismo lidar com a experiência estressante, incitando o aparecimento de respostas orgânicas inadaptadas e que comprometem o funcionamento geral do corpo (Lipp, 2003; Lipp & Tanganelli, 2002). Esta fase tem como principal repercussão neuroendócrina o excesso de cortisol no organismo do indivíduo (Selye, 1954). Alguns dos mais conhecidos por este excesso são a inibição dos linfócitos, dificuldade no combate a infecções, retardamento na cicatrização de feridas e diminuição da resposta inflamatória, sendo notável que todas estas reações interferem na capacidade do organismo lidar com o trauma cirúrgico, tanto no trans como no pós-operatório (Kiecolt-Glaser, Page, Marucha, MacCallum & Glaser, 1998).

De acordo com o exposto, o fato dos pacientes estarem sofrendo as conseqüências da fase de resistência

chama atenção para os problemas que podem se somar ao processo cirúrgico. Além de estarem se submetendo a uma cirurgia, com suas próprias demandas psicofisiológicas, podem padecer de diversos agravos à sua saúde pela dificuldade de lidar com o estresse, criando a necessidade de um acompanhamento profissional que prime não somente pelo procedimento cirúrgico em si, mas também intervenha junto a forma de enfrentar a cirurgia. O psicólogo hospitalar, com a premissa da compreensão biopsicossocial da pessoa doente (Sebastiani & Maia, 2005), seria um profissional capaz de atuar junto à demanda emocional do paciente cirúrgico, permitindo-lhe a elaboração do sofrimento gerado pela cirurgia e possibilitando a criação de formas mais saudáveis de lidar com a cirurgia.

Dentre os pacientes cirúrgicos, cerca de 50% estavam evoluindo em seu quadro de estresse, aspecto relevante e indicativo de que podem estar entrando em fases mais avançadas, tais como a quase-exaustão e a exaustão. Na quase-exaustão há o início do surgimento de patologias graves, mostrando que o organismo não mais consegue resistir à ação contínua do estressor, dando espaço para que a fase de exaustão seja instalada (Lipp, 2000). Nesta última, em vista da sobrecarga dos estressores, os indivíduos já se encontram sofrendo de sérias patologias decorrentes do estresse. Dentre as que podem afetar diretamente o processo cirúrgico, destacam-se a hipertensão arterial e a depressão (Lipp, 2003; Selye, 1954).

Diante da elevada influência do estresse no sistema cardiovascular (Lipp & Rocha, 1994), o controle da pressão arterial é um fator que tanto pode comprometer o trans-operatório, criando complicações em relação ao procedimento, como impedir que o paciente realize sua cirurgia no momento programado. O nível pressórico no pré-operatório é um indicador clínico para a realização da cirurgia, sendo aferido momentos antes da admissão no paciente no centro cirúrgico e caso esteja descompensada a cirurgia pode ser suspensa.

Tomando como foco a depressão, outra patologia decorrente da fase de exaustão, Sebastiani (2002) ressalta que a ocorrência de depressão no pós-cirúrgico é inversamente proporcional ao nível de mobilização afetiva vivenciado pelo paciente no pré-cirúrgico, salientando a importância do estado emocional do paciente no pré-operatório. Deste modo, o conhecimento os comportamentos que os pacientes mobilizam diante de uma cirurgia torna-se relevante, auxiliando na implementação de ações que visem a reduzir o sofrimento psíquico no processo cirúrgico.

As mulheres foram mais estressadas na amostra geral, achado que corrobora com os resultados de outros estudos que indicaram que a prevalência do estresse no sexo feminino parece ser mais freqüente em comparação ao masculino (Calais, Andrade & Lipp, 2003; Lipp & Tanganelli, 2002). Denton, Prus e Walters (2004) ressaltaram que apesar das mulheres apresentarem menores taxas de mortalidade, possuem maiores índices de comorbidades como depressão e estresse em relação aos homens. A maior ocorrência de mulheres na amostra pesquisada era esperada, porém a diferença estatística em relação ao sexo e o estresse indica que além da cirurgia ser considerada um evento estressante, a mulher apresenta outras características que a tornam mais vulnerável ao estresse.

Calais (2003), enfatizando a relação entre o estresse, saúde e as mulheres, mencionou que estas parecem estar mais expostas ao estresse tanto pela suas características biológicas, como pela constituição subjetiva que a sociedade apregoa para o papel feminino. Seguindo concepção de Lazarus (1999), esta exposição sugere que as mulheres tendem a avaliar as situações como estressantes com maior freqüência, impelindo-as a sofrer as conseqüências do estresse de modo reiterado. Faz-se necessário, deste modo, destacar a existência de uma demanda específica da mulher que vai submeter-se a cirurgia, pois se mostram como mais predisponentes a avaliar a experiência como estressora e, conseqüentemente, ter mais estresse, sendo esta avaliação permeada por outras demandas psicossociais que influenciam a percepção acerca do processo cirúrgico.

Verificou-se que o estresse dos pacientes com gastrite não foi freqüente, indicando que o tratamento clínico para esta patologia não foi considerado como um evento estressor. Destaca-se este resultado pois quando o paciente busca o atendimento médico por apresentar sintomas como a cólica abdominal e intolerância a determinados alimentos, freqüentes na litíase biliar e na gastrite, ele não possui conhecimento acerca do possível tratamento que será submetido. Após o diagnóstico diferencial é que o paciente fica sabendo se fará o tratamento clínico, caso o diagnóstico seja de gastrite, ou se será submetido a um procedimento cirúrgico, caso seja diagnosticada litíase biliar. Isso torna a notícia sobre qual tratamento será efetuado um aspecto singular, incitando o paciente a mobilizar estratégias de enfrentamento que objetivem a adaptação à nova demanda.

Segundo estes achados, ressalta-se a relevância do acompanhamento psicológico a pacientes que vão

submeter-se a uma cirurgia, haja vista que entre os pesquisados, estes se encontravam estressados, em uma fase avançada do estresse e com possibilidade de agravamento de seu estado de saúde. Destaca-se também ser importante o conhecimento das estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com o estressor, pois, apesar da sua função de reduzir ou eliminar o estresse, não se mostraram efetivas entre os pacientes cirúrgicos.

A principal estratégia de enfrentamento mobilizada pelo grupo de pesquisa foi o fator fuga-esquiva, podendo ser considerada como um comportamento associado ao *coping* focalizado na emoção (Guido, 2003). Conforme Lazarus e Folkman (1984), as pessoas utilizam o enfrentamento focalizado na emoção como forma de manter a esperança e o otimismo frente à adversidade, porém esta atitude é tomada evitando-se pensar ou agir sobre o problema. Os mesmos autores ainda citaram que o foco na emoção geralmente surge quando, ao fazer uma reavaliação acerca do estressor, o indivíduo não se percebe competente para enfrentar a situação, cabendo-lhe suportar a tensão por meio de regulações afetivas diversas.

Desse modo, sugere-se que os pacientes cirúrgicos, ao mobilizarem a fuga-esquiva, iniciaram a tentativa de administrar o estresse causado pela necessidade de submeter-se a cirurgia através do distanciamento do foco estressor. Entretanto, esta ação, que pode ser tanto cognitiva como comportamental, não demonstrou eficácia diante do estresse cirúrgico, pois prevaleceu a fase de resistência.

Outros autores, ao executarem pesquisa sobre estresse em pacientes cardíacos candidatos a cirurgia, encontraram conclusões semelhantes às considerações do presente estudo. Ressaltaram que o preparo psicológico parece ser efetivo para diminuir casos de ansiedade e reações depressivas no pré e pós-operatórios, reduzindo a morbimortalidade relacionada à cirurgia (Boaventura e cols. 2003; Godoy e cols. 2004).

Conhecer o que está influenciando os comportamentos de uma pessoa, a fim de que seja percebido e manejado o seu estresse, visa promover um melhor *rappor*t entre equipe e paciente, gerando uma melhor qualidade de vida no pré e pós-operatórios. Defende-se que quanto melhor for administrado o estresse do período pré-operatório, mais provável será o adequado restabelecimento da saúde no pós-cirúrgico e mais breve o retorno às atividades cotidianas, premissa que concorda com outros pesquisadores (Boaventura e

cols. 2003; Godoy e cols. 2004; Santos, 2003; Sebastiani & Maia, 2005).

A seleção das estratégias de enfrentamento é determinada por recursos internos e externos ao indivíduo, pautando-se na avaliação que ele faz dos riscos e possibilidades que ele percebe para lidar com o estresse (Lazarus, 1999). Os recursos internos podem ser descritos como as crenças existenciais, a habilidade social, aptidão para resolução de problemas, entre outras características que promovem certa estabilidade emocional diante dos conflitos. Como recursos externos, o suporte institucional, recursos materiais e o acesso à informações sobre o estressor, dentre outros, favorecem a mobilização de comportamentos adaptativos, já que podem atenuar o impacto do estressor sobre a pessoa (Lazarus & Folkman, 1984).

Em referência aos pacientes da cirurgia de colecistectomia, acredita-se que não tiveram recursos internos suficientes para considerar a cirurgia como um evento estressor de menor potencial, além do que os recursos externos parecem não ter sido o bastante para que fossem minimizadas as conseqüências da situação estressante. Frente a este contexto, sugere-se que o acompanhamento psicológico em cirurgias pode partir do princípio de disponibilizar suportes externos e internos para o paciente, a fim de intervir sobre a percepção do estressor.

Como um suporte externo, alguns estudos relacionaram a utilização de vídeos informativos como uma ação que reduz a ansiedade e o estresse dos pacientes cirúrgicos. Em 1995, Manyande e colaboradores, estudaram um grupo de 25 pacientes que iriam submeter-se a cirurgia abdominal do cólon ou do ânus. A preparação psicológica no pré-operatório que consistia de um vídeo que guiava os pacientes, fazendo-os imaginarem-se por diversas situações no pós-operatório e induzindo-os a pensamentos de confiança e de poder lidar com as situações citadas com sucesso. Outros 25 pacientes compunham o grupo controle e assistiram a um vídeo que continha apenas informações gerais sobre o hospital. Ambos os grupos apresentavam-se, no início, com semelhante grau de ansiedade, todavia os pacientes em estudo experimentaram menos dor no pós-operatório que o grupo controle. Também estavam menos angustiados, necessitaram de menos analgesia, sendo observado melhor desempenho em lidar com os desconfortos que os do grupo controle.

Doering e colaboradores (2000) também utilizaram como meio de intervenção um vídeo, com o objetivo

de reduzir o estresse em pacientes que iriam submeter-se a cirurgia eletiva de quadril. O vídeo foi exibido na noite anterior à cirurgia e continha o depoimento de um homem de 55 anos de idade com osteoartrite na articulação do quadril, desde a noite anterior de sua cirurgia até os momentos de sua recuperação. Os resultados concluíram que o vídeo foi efetivo, pois o grupo experimental apresentou menos ansiedade no dia da cirurgia e no pós-operatório e somente uma pequena parcela deste grupo teve elevação da pressão arterial no trans-operatório, comparado com o grupo controle.

Estas intervenções externas, baseadas no fornecimento de informações acerca do procedimento cirúrgico, mostraram-se eficazes na redução do estresse, porém demandam uma melhor estrutura institucional. Na realidade dos hospitais públicos brasileiros, acredita-se que a escuta terapêutica, instrumento fundamental do psicólogo, pode ser considerada como uma intervenção viável no tratamento do estresse cirúrgico, pois, além de requerer menores recursos externos, permite ser realizada no pré-operatório, estabelecendo um espaço para que o paciente possa falar sobre sua tensão e expectativas sobre a cirurgia.

Santos (2004), ao explicitar o protocolo de atendimento psicológico para pacientes cirúrgicos com câncer de cabeça e pescoço, citou que o objetivo desta preparação é a aproximação do modo de ser dessas pessoas, buscando compreender os significados construídos a respeito de si mesmo, do mundo e da sua doença. Entende-se que a meta seria apreender como as pessoas avaliam os estressores (Lazarus & Folkman, 1984), facilitando a expressão de sentimentos, minimizando fantasias distorcidas e incentivando o uso de estratégias de enfrentamento mais eficazes na redução do estresse (Santos, 2003; Sebastiani & Maia, 2005).

Permitir ao paciente a fala como uma possibilidade de canalização de sua ansiedade, tendo uma escuta clínica que possa dirimir dúvidas e atenuar o seu estresse quanto às incertezas do processo cirúrgico, possivelmente trará a redução da desagradável sensação de perigo e ameaça a sua integridade.

Enfim, o conhecimento do estresse, desde o seu delineamento, até às estratégias de enfrentamento, é essencial para o embasamento de intervenções voltadas para o acompanhamento e tratamento dos pacientes que vão submeter-se a uma cirurgia, visto que a repercussão emocional pode gerar comorbidades que tanto dificultam a realização do procedimento cirúrgico,

como comprometer a adaptação e recuperação no pós-operatório.

A presente pesquisa ratifica a premissa de que a atenção à saúde mental, esta enquanto mediadora das formas de lidar com a saúde física, pode ser um aspecto diferencial na promoção da qualidade de vida junto aos pacientes cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2). Obtido em 04 de abril de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br/>.
- Arantes, M. A. A. C. & Vieira, M. J. F. (2002). *Estresse*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (2006). *DATASUS: procedimentos hospitalares do SUS – por residência*. Brasília: Ministério da Saúde. Obtido em 04 de abril de 2006 do World Wide Web: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.
- Boaventura, L. R. M. B. S., Albuquerque, D. C., Albanesi Filho, F. M., Diamant, J. D., Coutinho, J. S. A. & Muniz, J. R. (2003). Prepare o seu coração! Preparo psicológico e informativo para cirurgia cardíaca [abstract]. *Revista da SOCERJ*, 16 (Supl. A).
- Calais, S. L. (2003). Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. Em M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas*. (pp. 87-90). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Calais, S. L., Andrade, L. M. B. & Lipp, M. E. N. (2003). Gender and schooling differences in stress symptoms in young adults. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2). Obtido em 16 de setembro de 2004 do World Wide Web: <http://www.scielo.br/>.
- Crawford, J. M. (1999). O fígado e o trato biliar. Em S. L. Robbins (Org.), *Patologia Estrutural e Funcional*. (pp. 800-807). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Denton, M., Prus, S. & Walters, V. (2004). Gender differences in health: A Canadian study of psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58, 2585-2600. Obtido em 31 de março de 2006 do World Wide Web: <http://www.elsevier.com/locate/socscimed>.
- Doering, S., Katzlberger, F., Rumpold, G., Roessler, S., Hfstoetter, B., Schatz, D. S., Behensky, H., Krismer, M., Luz, G., Innerhofer, P. Benzer, H., Saria, A. & Schuessler, G. (2000). Videotape preparation of patients before hip replacement surgery reduces stress. *Psychosomatic Medicine*, 62, 365-373. Obtido em 16 de setembro de 2005 do World Wide Web: <http://www.psychosomaticmedicine.org/>.
- Gimenez, M. G. G. (1997). *A mulher e o câncer*. São Paulo: Editorial Psy.
- Godoy, A. F. R., Sarmiento, S. M. S. & Romano B. W. (2004). *Depressão e estratégias de enfrentamento em cardiopatas nas fases pré e pós-cirúrgica*. Monografia de Psicologia, Faculdade Ruy Barbosa, Salvador, Bahia. Obtido em 13 de julho de 2005 do World Wide Web: <http://www.cientifico.frb.br>.
- Guido, L. A. (2003). *Stress e coping entre enfermeiros do centro cirúrgico e recuperação anestésica*. Tese de Doutorado, Escola

- de Enfermagem, USP, São Paulo. Obtido em 13 de julho de 2005 do World Wide Web: <http://www.teses.usp.br>.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion*. New York: Springer.
- Lipp, M. E. N. (1996). *Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas, SP: Papirus.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2003). O modelo quadrifásico do stress. Em M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas* (pp. 17-21). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. & Rocha, J. C. (1994). *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida*. São Paulo: Papirus.
- Lipp, M. E. N. & Tanganelli, M. S. (2002). Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: Diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 15(3). Obtido em 16 de setembro de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br/>.
- Maciel, E. P. & Ferrari Jr., A.P. (2001). Litíase biliar. Em: F. C. Prado, J. A. Ramos & J. R. Valle (Orgs.), *Atualização terapêutica: Manual prático de diagnóstico e tratamento* (pp. 464-466). São Paulo: Artmed.
- Manyande, A., Berg, S., Gettins, D., Stanford, S. C., Mazhero, S., Marks, D. F. & Salmon, P. (1995). Preoperative rehearsal of active coping imagery influences subjective and hormonal responder to abdominal surgery. *Psychosomatic Medicine*, 57(2), 177-182. Obtido em 16 de setembro de 2005 do World Wide Web: <http://www.psychosomaticmedicine.org/>.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F. & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (Supl. 1). Obtido em 04 de abril de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br/>.
- Milcent, M., Santos, E. G. & Bravo Neto, G. P. (2005). Lesão iatrogênica da via biliar principal em colecistectomia videolaparoscópica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias* 32(6), 332-336. Obtido em 04 de abril de 2006 do World Wide Web: <http://www.scielo.br/>.
- Pérez-Ayuso, R. M., Hernández R. V., González, P. B., Navarrete, C. R., Alvarez, I. M., González, D. R. Marshall, R. G., Miquel, P. J. F. & Nervi, O. F. (2002). Historia natural de la coledoclitiasis: Incidência de colecistectomia en un área urbana y una rural mapuche, en la última década. *Revista Médica de Chile* 130(7), 723-730. Obtido em 04 de abril de 2006 do World Wide Web: <http://www.scielo.cl/>.
- Santos, D. A. (2004). A atuação do psicólogo junto a pacientes cirúrgicos com câncer de cabeça e pescoço. Em W. L. Bruscato, C. Benedetti & S. R. A. Lopes (Orgs.), *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: Novas páginas em uma antiga história*. (pp. 167-176). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sardá Jr., J. J., Legal, E.,J. & Jablonski Jr., S.,J. (2004). *Estresse: Conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Savóia, M. G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26. Obtido em 04 de abril de 2005, do World Wide Web: <http://www.scielo.br/>.
- Sebastiani, R. W. (2002). Atendimento psicológico no Centro de Terapia Intensiva. Em W. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia hospitalar: Teoria e prática* (pp. 27-72). São Paulo: Pioneira-Thompson Learning.
- Sebastiani, R. W. & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira* 20(supl. 1). Obtido em 04 de abril de 2006 do do World Wide Web: <http://www.scielo.br/>.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2). Obtido em 16 de setembro de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br/>.
- Selye, H. (1954). *Stress, a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa.
- Soto, F. C., Sansone, G. H., Brasesco, O. E., Mehran, A., Szomstein, S., Zundel, N. & Rosenthal, R. J. (2003). Cirurgia laparoscópica de la via biliar. *Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica* 4(3), 144-148. Obtido em 15 de setembro de 2005 do World Wide Web: <http://medigraphic.com/>.
- Torres, O. J. M., Barbosa, E. S., Pantoja, P. B., Diniz, M. C. S. D., Silva, J. R. S. S. & Czezczko, N. G. (2005). Prevalência ultrasonográfica de litíase biliar em pacientes ambulatoriais. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 32(1), 47-49. Obtido em 04 de abril de 2006 do World Wide Web: <http://www.scielo.br/>.

Recebido: 14/11/2005

Revisado: 20/03/2006

Aceito: 21/06/2006

Sobre os autores:

André Faro Santos: Psicólogo, Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Professor da Faculdade Pio Décimo e da Universidade Federal de Sergipe. Endereço eletrônico: andrefaro@superig.com.br.

Lidiane dos Anjos Santos: Estudante do 4º período de Psicologia da Faculdade Pio Décimo.

Daniela Oliveira Melo: Estudante do 9º período de Medicina da Universidade Federal de Sergipe.

Antônio Alves Júnior: Médico, Professor Doutor Adjunto do Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe.
