

Avaliação do estresse psíquico em pacientes submetidos a operações de grande porte sob anestesia geral

Assessment of psychic stress in patients submitted to big surgical procedures under general anaesthesia

Márcia Rodrigues Daian¹, Andy Petroianu², Luiz Ronaldo Alberti³

RESUMO

Introdução: Estudo realizado em clínicas cirúrgicas de dois hospitais de Belo Horizonte com 100 pacientes adultos de ambos os sexos, distribuídos em dois grupos: Grupo 1 – 22 pacientes sem experiência com cirurgia; Grupo 2 – 78 pacientes submetidos previamente a outras operações de médio e grande porte. **Objetivo:** Avaliar o impacto do estresse psíquico em pacientes submetidos a operações de grande porte sob anestesia geral, relacionando suas reações físicas e psíquicas com as diferentes fases do estresse. **Método:** Para investigação do estresse, utilizou-se o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos, desenvolvido por Lipp, um dia antes e dois dias e sete dias após a operação. A comparação dos grupos quanto às variáveis “sexo”, “dor” e “percentual de estresse” foi realizada pelo teste do qui ao quadrado e para a variável idade foi utilizado o teste *t* de Student. As diferenças foram consideradas significativas para $p < 0,05$. **Resultados:** Os grupos não foram homogêneos quanto ao percentual geral de estresse nas três mensurações. O Grupo 1 diminuiu e o Grupo 2 aumentou o estresse no pós-operatório. Prevaleram sintomas psíquicos do estresse em ambos os grupos. **Conclusão:** O fato de ter sido operado previamente reduziu a tensão pré-operatória, porém não interferiu nos distúrbios emocionais pós-operatórios.

Palavras-chave

Estresse, cirurgia, anestesia geral, manifestações psíquicas, período perioperatório.

ABSTRACT

Introduction: One hundred adult patients hospitalized in the surgical wards of two hospitals of Belo Horizonte city, Brazil, were separated into two groups: group 1, 22 patients who had no previous experience with surgeries; and group 2, 78 patients who had been previously submitted to major surgical procedures. **Objective:** To evaluate the impact of psychological stress on patients submitted to major operations under general anesthesia and to correlate physical and psychological reactions to different stages of stress. **Method:** The Stress Symptoms Inventory for Adults was used one day before and two and seven days after the operation. The groups were compared

Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) e Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

1 Psicóloga, Mestre em Ciências da Saúde.

2 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Cirurgia, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM). Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMUSP-RP). Instituto de Ciências Biológicas, UFMG. Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq).

3 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia. Federação Brasileira de Gastroenterologia. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq).

Recebido em
28/9/2009
Aprovado em
8/12/2009

Endereço para correspondência: Andy Petroianu
Av. Afonso Pena, 1626, ap. 1901 – 30130-005 – Belo Horizonte, MG
Telefones: (31) 3274-7744 e (31) 8884-9192
E-mail: petroian@gmail.com

Stress, surgery, general anesthesia, psychic manifestations, perioperative period.

with regard to sex, level of pain and stress percentage with the chi-square test and for age with the Student *t* test. The level of significance was set at $p < 0.05$. **Results:** The groups were not homogeneous regarding the general percentage of stress on the occasion of the three measurements. The level of stress was decreased in Group 1 and increased in Group 2. Psychic stress symptoms prevailed in both groups. **Conclusion:** Previous experience with surgery under general anesthesia reduces preoperative stress, but does not affect postoperative stress.

Keywords

INTRODUÇÃO

O estresse é uma reação do organismo que envolve aspectos biopsicossociais e desenvolve-se em etapas. Para Lipp¹ todos os indivíduos estão sujeitos, dependendo das circunstâncias, a estresses que podem ultrapassar sua capacidade de lidar com determinada situação. O estresse ocorre a partir de quebra da homeostase do organismo; ele designa uma condição psicofisiológica complexa que tem em sua gênese a necessidade de enfrentar uma perturbação que ameace o equilíbrio interno daquele. Segundo Straub², é um processo pelo qual alguém percebe e responde a eventos que são julgados como ameaçadores. O conceito de estresse descreve tanto os estímulos que geram a quebra no equilíbrio do organismo quanto a resposta comportamental, incluindo estratégias de enfrentamento. Para esse autor, a pesquisa sobre o estresse intensificou-se após a Segunda Guerra Mundial, com o estudo do estresse pós-traumático em ex-combatentes.

Seyle³, em 1936, foi pioneiro ao identificar o estresse como trifásico: alarme, resistência e exaustão. Anos mais tarde, Lipp⁴ descreveu uma quarta fase, a de quase exaustão, situada entre as fases de resistência e exaustão. Lazarus⁵, em 1966, introduziu o conceito da interpretação de um evento como estressor e, na década de 1970, deu um importante passo no estudo do estresse, ao sugerir que a reação do indivíduo depende de como interpretar o estímulo estressor. O cerne de seu trabalho contribuiu para a expansão da Medicina Psicossomática, ao proporcionar hipóteses sobre características de personalidade como fonte interna de estresse, determinando reações individuais a eventos da vida^{1,6}.

Segundo Claude Bernard (1879), um dos autores que mais influenciou a pesquisa de Seyle, um dos traços mais característicos da vida é a habilidade de o organismo manter a constância do meio interno⁷. Lipp considerou importante para o entendimento do estresse a contribuição de Cannon (1939) sobre o conceito de homeostase, conceituada por este como sendo o esforço dos processos fisiológicos para manter um estado de equilíbrio interno no organismo⁸.

Seyle enfatizou ainda a necessidade de relacionar a motivação individual e as diferenças cognitivas nas respostas a eventos da vida diária ou eventos únicos impactantes, apontando para o papel das emoções e estratégias de enfrentamento. De acordo com Lazarus e Folkman⁹, as atividades cognitivas utilizadas pelo indivíduo para interpretar eventos ambientais são fundamentais no processo do enfrentamento do estresse. Condições ambientais contribuem para explicar diferenças nas avaliações cognitivas.

Lipp⁴, em 2004, ampliou o estudo do estresse sugerindo a noção de “temas de vida”, indicando uma tendência de determinadas pessoas repetirem suas experiências geradoras de estresse em diversos momentos da vida. Esses temas repetem-se muitas vezes, gerando um nível de estresse desmesurado e contribuindo para uma sensação crônica de fragilidade diante do mundo. São pessoas que apresentam níveis recorrentemente elevados de estresse, em contraste com indivíduos que manifestam estresse apenas em situações pontuais.

Diversas são as circunstâncias que podem gerar o estresse, tais como conflitos emocionais, enfrentamentos sociais e condições biológicas adversas, incluindo tratamento de doenças e operações. Neste último caso, os aspectos psicológicos podem constituir fator de risco para evolução pós-operatória desfavorável. O organismo em bom funcionamento homeostático oferece maior resistência, por meio de reações inflamatórias e imunitárias, que podem ser alteradas por essas circunstâncias negativas. Pesquisas têm mostrado que o processo bioquímico do estresse não depende da causa da tensão aumentada em si, mas sim da necessidade de adaptação a algum fato ou mudança que o desencadeou⁴.

Segundo Giannoudis¹⁰ *et al.*, o estresse cirúrgico é definido como o impacto exercido no corpo humano pelos procedimentos cirúrgicos. Já para Abecasis¹¹, o ato cirúrgico constitui uma situação de estresse, que envolve o paciente, sua família, o cirurgião e também as equipes de anestesia e cirurgia, aumentando a morbimortalidade de todos. Para Callahan¹², a cirurgia de grande porte pode ser vista como um evento estressor, cuja intensidade e duração da resposta ao estresse cirúrgico (SSR) é primariamente dependente da gravidade e duração do estímulo estressor. Para esses auto-

res, o trauma operatório causa perturbações no sistema imunitário e psíquico, com objetivo de preservar a homeostase e a sobrevivência, gerando a reação de estresse. Assim, traumas, doenças e uso de medicamentos podem desencadear o estado de estresse e determinar sua magnitude.

Em estresse cirúrgico, a pesquisa de Cannon¹³ sobre a morte súbita trouxe valiosa contribuição ao entendimento da relação entre as mortes repentinas ocorridas após período de boa evolução pós-operatória e o estresse. Esse autor pesquisou a influência do estresse na evolução de doenças, inclusive morte súbita, relacionando-a com a exposição intensa e prolongada a estresse emocional. Sua causa parece ter sido a ativação prolongada do sistema nervoso simpático.

A experiência com pacientes cirúrgicos tem mostrado nítida influência do estresse no perioperatório de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de médio e grande porte. Apesar da extensa revisão da literatura, percebe-se o hiato existente com relação às adversidades decorrentes do estresse em pacientes cirúrgicos internados. Nesse sentido, decidiu-se conduzir esta pesquisa, com vista a compreender melhor os distúrbios emocionais desses pacientes.

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do estresse em pacientes submetidos a operações de médio e grande porte sob anestesia geral, relacionando suas reações físicas e psíquicas com as diferentes fases do estresse. Pretende-se ainda avaliar se a exposição à experiência cirúrgica prévia interfere nos índices de estresse pré e pós-operatório.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de campo, comparativo e descritivo, com abordagem quantitativa, em pacientes cirúrgicos da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte e do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais. Este trabalho foi aprovado pelos comitês de ética de ambas as instituições. A coleta dos dados ocorreu entre abril e novembro de 2008. A decisão sobre a aplicação do teste em três momentos do perioperatório deu-se em função de mudanças que podem ocorrer com o paciente durante esse período e em função de determinações constantes no manual do teste, que requer medições do estresse um dia antes, uma semana e um mês depois de operado. Fez-se, portanto, uma adaptação do modelo de pesquisa sugerido por Lipp.

Foram investigados 120 pacientes de ambos os sexos, submetidos a operações de médio e grande porte sob anestesia geral e com tempo operatório superior a duas horas. Desse total, foram excluídos 20 pacientes, três por óbito e os demais por não terem preenchido os requisitos delimitados no método. Foram excluídos pacientes com debilidade física intensa, alterações neurológicas ou psiquiátricas, aqueles que deixaram dúvidas quanto às suas respostas e os que se recusaram a participar ou não responderam adequadamen-

te ao teste. Alguns pacientes foram excluídos do estudo por não possuírem prontuários com informações completas. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos:

Grupo 1 (G1) – 22 pacientes – [8 mulheres (M) e 14 homens (H)], com idade entre 19 e 69 ($47,9 \pm 3,35$) anos, que não haviam sido submetidos à operação prévia;

Grupo 2 (G2) – 78 pacientes – (50 mulheres e 28 homens), com idade variando entre 20 e 81 ($55,6 \pm 1,46$) anos, que já haviam sido submetidos a uma ou mais operações de médio e grande porte.

A presença de transtornos mentais graves foi excluída por meio de entrevista clínica realizada por um dos autores (MRD). Foram incluídos pacientes operados pela Cirurgia Geral, Urologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia, Mastologia e Ortopedia.

A pesquisa consistiu de três entrevistas de cada paciente, uma nas 24 horas que antecederam o ato operatório e duas no segundo dia pós-operatório e no sétimo dia pós-operatório (DPO). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado aos participantes antes do início da primeira aplicação do teste. Somente depois de explicados os objetivos da pesquisa e da aceitação por parte do paciente, os testes pré-operatórios e do segundo DPO foram aplicados no leito do hospital. Já o segundo teste foi aplicado no sétimo DPO, no leito hospitalar, no dia do retorno do paciente para consulta ambulatorial ou por meio de carta enviada pelo paciente por correio. Os pacientes que foram internados no Centro de Tratamento Intensivo somente foram entrevistados após sua alta desse setor, desde que antes do sétimo dia pós-operatório. Quando os pacientes revelaram mal-estar após a operação, aguardou-se sua melhora antes de serem entrevistados. Todos esses pacientes foram incluídos apenas na entrevista que antecedeu o ato cirúrgico e na do sétimo DPO. Os dados da frequência cardíaca, dor, pressão arterial, tipo de anestesia, tempo de duração da cirurgia e tempo de internação foram obtidos dos prontuários dos pacientes. Preservou-se o sigilo com relação à identificação dos pacientes.

Para a avaliação do estresse, utilizou-se o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL (Tabela 1), validado por Lipp e Guevara¹⁴ em 1994 e padronizado por Lipp em 2000, que foi considerado válido para esse tipo de paciente, por não ser invasivo nem doloroso e porque quantificou o estresse por fases e por sintomas, que correspondem às manifestações mais frequentes. Esse teste é composto por três grupos de perguntas, que se referem às quatro fases do estresse, divididos em sintomas das últimas 24 horas, da última semana e do último mês.

Não foi possível a participação de todos os pacientes nos três períodos em que o teste foi aplicado. Na primeira entrevista, obteve-se a participação de todos os pacientes de ambos os grupos (22 no G1 e 78 no G2). Na segunda etapa, apenas 51 pacientes participaram. No Grupo 1, foram 13 pa-

cientes (9 H e 4 M), com idade média de 50 (DP = 4) anos e no Grupo 2 foram 38 pacientes (15 H e 23 M), com idade média de 53 (DP = 2) anos ($p = 0,33$). Na terceira etapa, o ISSL foi aplicado a 29 pacientes. No Grupo 1, foram 9 pacientes (6 H e 3 M), com idade média de 54 (DP = 4) anos e no Grupo 2 foram 20 pacientes (6 H e 14 M), com idade média de 57 (DP = 2) anos ($p = 0,52$). Ao final, os níveis de estresse entre os grupos no perioperatório foram comparados e verificou-se a prevalência dos sintomas de estresse.

Para o cálculo do estresse, foi criada uma tabela de conversão (Tabela 1). Convertem-se o valor da porcentagem de estresse para números de 1 a 13, sendo 1 ausência de estresse. A partir do valor 2, cada número correspondeu a fases progressivamente maiores de estresse. A fase de alerta foi subdividida em quatro subfases, em função da intensidade do estresse, em valores percentuais. Assim, o número 2 correspondeu aos pacientes com estresse de 1% a 25%; o número 3, de 26% a 50%; o número 4, de 51% a 75%; e o número 5, de 76% a 100%.

Tabela 1. Modelo de regressão logística para verificar quais variáveis estiveram associadas de maneira independente à resposta ao tratamento

Variável	Coefficiente	Desvio-padrão	OR	IC 95%	P
Tempo de hospitalização	1,37	0,42	1,1	0,9-2,3	0,15
Pressão arterial	0,12	0,06	1,4	0,8-2,4	0,09
Sexo	0,54	0,21	1,5	1,2-3,1	0,03

A fase de resistência foi subdividida em duas subfases, de acordo com sua intensidade, representada por valores percentuais. O número 6 correspondeu aos pacientes com estresse de 1% a 25% e o número 7, de 26% a 50%. A fase de quase-exaustão foi também subdividida em duas subfases representadas pelo número 8, de 51% a 75%, e o número 9, de 76% a 100%.

A fase de exaustão foi subdividida em quatro subfases de acordo com sua intensidade, representadas por valores percentuais, assim, o número 10 representou pacientes com estresse de 1% a 25%; o número 11, de 26% a 50%; o número 12, de 51% a 75% e o número 13, de 76% a 100%.

O diagnóstico foi dado a partir da soma dos sintomas de cada uma das três partes do ISSL, sendo que, ao atingir o número limite de pontos para uma determinada fase, determinou-se o nível de estresse em que o paciente estava. Com a análise do teste, identificou-se o estresse brando (fase de alarme), moderado (resistência), moderadamente grave (quase-exaustão) ou muito grave (exaustão).

Os dados foram analisados pelos programas EPI-INFO e Prisma 4, considerando o nível de estresse e principais sintomas, conforme sugeriu Lipp (2000). O teste do qui ao quadrado foi utilizado a fim de verificar-se a equivalência entre

os grupos 1 e 2, quanto às variáveis categóricas sexo, dor e nível de estresse. Para a variável idade, por ser contínua, aplicou-se o teste *t* de Student. As diferenças foram consideradas significativas para $p < 0,05$.

Na segunda etapa, foi desenvolvido um modelo de regressão logística para verificar quais variáveis estiveram associadas de maneira independente à resposta ao tratamento. Todas as variáveis com valor de $p < 0,25$ na análise univariada (do teste qui ao quadrado e do teste de *t* de Student) foram incluídas no modelo inicial. Em seguida, os valores com maior valor de *p* (menor significância) foram retirados até restarem somente variáveis com valor de $p < 0,05$, indicando que elas apresentavam associação significativa e independente. As seguintes variáveis foram incluídas nessa análise: idade, sexo, tempo de hospitalização, dor, frequência cardíaca, pressão arterial, sexo.

RESULTADOS

O tempo de hospitalização variou entre 2 e 35 (12 ± 11) dias no Grupo 1 e entre 1 e 55 (9 ± 11) dias no Grupo 2, sem diferença significativa entre os grupos ($p = 0,09$). Relatos de dor antes da operação foram feitos por 45% dos pacientes do G1 e por apenas 13% do G2 ($p < 0,001$).

Alguns sintomas físicos correlacionam-se com o estresse, como a hipertensão arterial e a frequência cardíaca acelerada. Nesta pesquisa, não se observou diferença entre os pacientes com e sem experiência cirúrgica prévia quanto a essas variáveis. A frequência cardíaca no G1 variou entre 58 e 100 ($77,3 \pm 2,2$) batimentos por minuto e no G2, entre 56 e 100 ($77,2 \pm 0,9$) batimentos por minuto, sem diferenças estatisticamente significativas entre G1 e G2 ($p = 0,97$). A pressão arterial do G1 variou entre 120/60 e 200/100 ($127,5 \pm 16,7 / 82,2 \pm 12,6$) mmHg e a do G2 variou entre 100/60 e 180/100 ($130,0 \pm 23,9 / 78,4 \pm 9,8$) mmHg, sem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($p = 0,22$).

As variáveis "tempo de hospitalização" ($p = 0,09$), "pressão arterial" ($p = 0,22$) e "sexo" ($p = 0,02$) apresentaram valor de *p* menor que 0,25 e foram incluídas no modelo de regressão logística. Nenhuma dessas variáveis se associou independentemente à presença de estresse (Tabela 1).

O comportamento dos pacientes quanto ao estresse no período perioperatório é apresentado na tabela 2. Nas 24 horas que antecederam o ato operatório, não houve diferença entre os grupos quanto à incidência de estresse ($p = 0,75$), como tampouco foi observado no segundo DPO ($p = 0,87$) ou no sétimo DPO ($p = 0,56$).

Pelos dados apresentados na tabela 3, observa-se que, nas 24 horas que antecederam o ato operatório do G1, houve tendência estatística a mais pacientes se situarem na fase de resistência do que no G2 ($p = 0,15$). Há, em ambos os gru-

pos, uma proporção considerável de pacientes sem estresse, sem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($p = 0,13$).

Já por ocasião do segundo DPO, no G2, prevaleceram pacientes em fase de resistência enquanto no G1 uma menor proporção de pacientes encontrava-se nessa fase ($p = 0,00007$). Nesta etapa, o percentual de pacientes sem estresse não diferiu entre os dois grupos ($p = 0,87$). Ainda no segundo DPO, no G1, predominaram os pacientes em fase de exaustão, em contraste com o G2 ($p = 0,0002$) (Tabela 3).

No sétimo DPO, havia mais pacientes em fase de resistência no G2 em comparação com o G1, mesmo que sem diferença significativa ($p = 0,15$). Nesse período houve uma tendência estatística a mais pacientes do G1 se declararem sem estresse, em comparação com o G2 ($p = 0,57$) (Tabela 3).

Com relação à distribuição dos sintomas e sinais físicos e psíquicos de estresse no dia anterior à operação, prevaleceram os sintomas psíquicos em ambos os grupos, sem diferenças significativas entre G1 e G2 ($p = 0,16$). No pós-ope-

ratório, os sintomas psíquicos continuaram a predominar, tanto no segundo DPO ($p = 0,32$) quanto no sétimo DPO, com maior incidência no Grupo 1 ($p = 0,003$) (Tabela 4).

No Grupo 1, as manifestações psíquicas mais marcantes no pré-operatório foram sensibilidade emotiva excessiva (7,7%), angústia, ansiedade diária (8,7%), hipersensibilidade emotiva (7,7%) e vontade súbita de começar novos projetos (7,1%). No Grupo 2, prevaleceram angústia, ansiedade diária (8,4%), hipersensibilidade emotiva (7,8%) e impossibilidade de trabalhar (7,0%). No segundo dia pós-operatório, predominaram no Grupo 1 sensibilidade emotiva excessiva (9,5%), vontade súbita de começar novos projetos (8,4%), angústia, ansiedade diária (7,4%). No Grupo 2, observaram-se nesse período sensibilidade emotiva excessiva (7,6%), angústia, ansiedade diária (7,6%) e vontade súbita de começar novos projetos (7,3%). No sétimo dia pós-operatório, a impossibilidade de trabalhar foi a manifestação psíquica mais prevalente em ambos os grupos (9,7% no Grupo 1 e 11,7% no Grupo 2), com participação importante também da vontade súbita de começar novos projetos (8,3% no Grupo 1 e diminuição da libido (7,4%) no Grupo 2.

Tabela 2. Percentual geral de pacientes com e sem estresse de acordo com o ISSL no período perioperatório

Pacientes	1º Teste		2º Teste		3º Teste	
	Com	Sem	Com	Sem	Com	Sem
Grupo 1	73%	27%	69%	31%	56%	44%
Grupo 2	71%	29%	68%	32%	60%	40%

ISSL – Inventário de Sintomas de Stress de Lipp. Grupo 1 – pacientes sem experiência anterior com cirurgia; Grupo 2 – pacientes com experiência prévia com cirurgia; 1º Teste – um dia antes da operação; 2º Teste – dois dias depois da operação; 3º Teste – sete dias depois da operação.

Tabela 3. Distribuição total e percentual dos pacientes por fase de estresse no perioperatório de acordo com o Inventário de Sintomas de Stress

Estado emocional	Grupo 1			Grupo 2		
	1º teste	2º teste	3º teste	1º teste	2º teste	3º teste
Sem estresse	6 (27%)	4 (31%)	4 (44%)	29 (37%)	12 (32%)	8 (40%)
Alerta	1 (5%)	1 (8%)	0	3 (4%)	2 (5%)	0
Resistência	11 (50%)	3 (23%)	3 (33%)	26 (33%)	19 (50%)	10 (50%)
Quase-exaustão	1 (5%)	2 (15%)	0	10 (13%)	2 (5%)	0
Exaustão	3 (14%)	3 (23%)	2 (22%)	10 (13%)	2 (5%)	2 (10%)
Total geral	22 (100%)	13 (59%)	09 (41%)	78 (100%)	38 (49%)	20 (26%)

Grupo 1 – pacientes sem experiência anterior com cirurgia; Grupo 2 – pacientes com experiência prévia com cirurgia; 1º Teste – um dia antes da operação; 2º Teste – dois dias depois da operação; 3º Teste – sete dias depois da operação.

Tabela 4. Distribuição total e percentual dos sintomas e sinais físicos e psíquicos de estresse no perioperatório de acordo com o Inventário de Sintomas de Stress

Sintomas e sinais de estresse	Grupo 1			Grupo 2		
	1º teste %	2º teste %	3º teste %	1º teste %	2º teste %	3º teste %
Sem estresse	6 (27%)	4 (31%)	4 (44%)	29 (37%)	12 (32%)	8 (40%)
Sintomas físicos	3 (13%*)	3 (23%)	1 (11%)	14 (18%**)	6 (16%)	5 (25%***)
Sintomas psíquicos	13 (59%*)	6 (46%)	5 (56%)	38 (49%**)	20 (53%)	7 (35%***)
Total	22 (100%)	13 (59%)	09 (41%)	78 (100%)	38 (49%)	20 (26%)

Grupo 1 — pacientes sem experiência anterior com operações; Grupo 2 — pacientes com uma ou mais operações anteriores.

* 1 paciente teve resultado igual de sintomas e sinais físicos e psíquicos de estresse pré-operatório; ** 5 pacientes tiveram resultado igual de sintomas e sinais físicos e psíquicos de estresse pré-operatório; *** 3 pacientes tiveram resultado igual de sintomas e sinais físicos e psíquicos de estresse no sétimo dia pós-operatório.

DISCUSSÃO

Deve-se observar, inicialmente, que os grupos estudados não eram homogêneos quanto ao número de participantes. Houve uma diferença no percentual de pacientes em cada grupo, em razão da dificuldade de encontrar quem nunca havia sido operado para participar da pesquisa. No grupo com experiência cirúrgica prévia, encontrou-se maior percentual de mulheres, por considerar-se a cesariana como experiência cirúrgica anterior. Essa decisão tomou por base o fato de que a cesariana envolve a realização de laparotomia transversa e abertura do útero, o que gera riscos semelhantes aos das cirurgias na cavidade abdominal (infecção, aderências), além de cursarem com dor intensa, haja vista a necessidade de analgesia durante o parto e nos períodos subsequentes, elemento de grande importância na avaliação do estresse¹⁶.

Os pacientes sem experiência cirúrgica reclamaram de dor com maior frequência do que os com experiência operatória prévia. É possível associar esse sintoma com o estresse que pode desencadear maior sensibilidade aos estímulos físicos. Já os pacientes mais experientes provavelmente desenvolveram mecanismos de enfrentamento e maior resistência aos estímulos álgicos vivenciados.

No pré-operatório, a maior parte dos pacientes sem experiência cirúrgica manifestou o estresse sob a forma de resistência à operação, sem conseguir desenvolver táticas de enfrentamento. Se essa situação gerou estresse pré-operatório, por outro lado, a experiência anterior com cirurgia facilitou o enfrentamento da situação, afetando esta os integrantes do Grupo 2 menos intensamente.

No pós-operatório, pacientes sem experiência cirúrgica passaram a reagir adequadamente ao estresse, da mesma maneira que os doentes que já haviam sido operados previamente. Mesmo assim, suas emoções persistiram, porém em menor intensidade. A excessiva demanda física e psíquica, caracterizada pelo estresse, provocou a exaustão transitória da qual todos se recuperaram rapidamente. Essa situação

não foi encontrada nos pacientes que não manifestaram estresse, independentemente de experiência cirúrgica prévia. Mesmo assim, houve menor sucesso no enfrentamento do estresse.

Cabe ressaltar que os pacientes com experiência operatória prévia tiveram menor sucesso no enfrentamento do estresse pós-operatório, quando presente, tendo sido mais afetados pela angústia e hipersensibilidade emocional, sem conseguirem utilizar adequadamente estratégias de enfrentamento do estresse. Neste estudo, houve maior percentual de manifestações psíquicas em todo o período perioperatório, independentemente de sua experiência prévia com cirurgia. Ao contrário dos resultados encontrados por Santos *et al.*¹⁵, que relataram maior percentual de sintomas físicos pré-operatórios, neste trabalho, houve predominância de sintomas psíquicos, principalmente antes da operação.

Todos os pacientes chegaram ao hospital emocionalmente mobilizados e apresentavam sentimentos de angústia e ansiedade diante da perspectiva iminente de virem a ser operados. Naqueles que se submeteram ao ato cirúrgico pela primeira vez, constatou-se maior labilidade emocional, provocada pela iminência de se defrontarem com um evento desconhecido. Essa situação pode ter sido responsável pela menor tolerância a desconfortos físicos. Os pacientes já operados, embora estejam emocionalmente sensibilizados com a cirurgia, apresentaram menor estresse pré-operatório. A experiência cirúrgica anterior pode ter minimizado o estresse, porém o nível de estresse pós-operatório elevou-se. Não foi possível comparar os resultados obtidos neste trabalho com a literatura, por não ter sido encontrado outro trabalho conduzido no mesmo sentido.

Não houve diferença significativa entre os grupos com e sem experiência cirúrgica prévia quanto aos parâmetros biológicos de pressão arterial e frequência cardíaca que, associados ao estresse, poderiam indicar maior manifestação de sintomas físicos. Igualmente não houve diferenças entre os grupos no que concerne ao tempo médio de internação.

Quando se analisa o percentual de pacientes distribuídos por nível de estresse, encontra-se diferença significativa no comportamento de pacientes com e sem experiência cirúrgica prévia. A falta de experiência cirúrgica anterior a um ato operatório acompanha-se de elevado nível de dor e de estresse pré-operatórios, com repercussões físicas e psíquicas perioperatórias. Essa situação é parcialmente aliviada em pacientes previamente submetidos a outros procedimentos cirúrgicos, que enfrentam essa nova intervenção sem indícios de estresse no pré-operatório.

No pós-operatório, o estresse cirúrgico foi menor em pacientes sem experiência cirúrgica prévia, possivelmente como uma consequência de maior mobilização dos mecanismos de enfrentamento e resiliência. Já os pacientes com experiência cirúrgica anterior demonstraram estar mais estressados nesse período, permanecendo com estresse em nível de resistência nos dois momentos do pós-operatório mensurados.

Quanto aos sintomas do estresse, houve predomínio de manifestações psíquicas durante todo o período perioperatório na maior parte dos pacientes dos dois grupos pesquisados, indicando que a intervenção cirúrgica é um estressor que afeta marcadamente o estado emocional dos pacientes.

No que diz respeito às suas implicações práticas, esta pesquisa pretendeu contribuir para que as equipes médicas se conscientizem de que necessitam dar atenção às demandas comportamentais e emocionais dos pacientes, sempre que estes demonstrarem não possuir recursos psicológicos e sociais necessários para lidar por conta própria com os estresses psicossociais associados aos atos cirúrgicos de maior porte.

REFERÊNCIAS

1. Lipp M. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
2. Straub RO. Psicologia da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005.
3. Seyle H. O stress da vida. São Paulo: Ibrasa; 1959.
4. Lipp M. Estresse emocional: esboço da teoria "Temas de vida". In: Lipp M (editor). O stress no Brasil: Pesquisas avançadas. Campinas: Papyrus; 2004.
5. Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. In: Lipp M (editor). O stress no Brasil: Pesquisas avançadas. Campinas: Papyrus; 2004.
6. Malagris L. Correr, competir, produzir e se estressar. In: Lipp M (editor). O stress está dentro de você. São Paulo: Contexto; 2003.
7. Rossi EL. A psicobiologia de cura mente e corpo – Novos conceitos de hipnose terapêutica. 2. ed. Malibu: Editorial Psy II; 1993.
8. Lipp M. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
9. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping process. In: Lipp M (editor). O stress no Brasil: pesquisas avançadas. Campinas: Papyrus; 2004.
10. Giannoudis PV, Dinopoulos H, Chalidis B, Hall GM. Surgical stress response. Intern J Care Injured. 2006;375:53-9.
11. Abecasis I. Cirurgia y stress, el cirujano como psicoterapeuta. Conferência no 61º Congreso Argentino de Cirurgia, 1990. Rev Argent Cirurgia. 1991;60:207.
12. Callahan L. The effect of surgical stress on postoperative care of the patient. Curr Rev PACN. Pasadena, Califórnia. 1994;16:129-36.
13. Cannon WB. The wisdom of the body. New York: Norton; 1939.
14. Lipp M, Guevara AJH. Validação empírica do inventário de sintomas de stress para adultos. Rev Est Psic. 1994;11:43-9.
15. Santos AF, Santos L, Melo DA, Alves Jr A. Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia. Rev Interação em Psicologia. 2006;10(1):63-73.
16. Kainu JP, Sarvela J, Tiippana E, Halmesmäki E, Korttila KT. Persistent pain after caesarean section and vaginal birth: a cohort study. Int J Obstet Anesth. 2009 (no prelo).