

ESTRESSE EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Stress in surgeries

Márcia Rodrigues **DAIAN**, Andy **PETROIANU**, Luiz Ronaldo **ALBERTI**, Ester Eliane **JEUNON**

Trabalho realizado no Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – IPSEMG e Núcleo de Pós-Graduação da Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

DESCRIPTORIOS - Estresse. Cirurgia. Anestesia geral. Psicologia.

Correspondência:

Andy Petroianu,
e-mail: petroian@medicina.ufmg.br

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação:
Aceito para publicação:

HEADINGS - Stress. Surgery. General anesthesia. Psychology.

RESUMO – Introdução - Este artigo tem como objetivo rever estudos sobre o estresse psicológico no perioperatório de pacientes adultos submetidos a operações de médio e grande porte, sob anestesia geral. **Métodos** - Foram estudados trabalhos publicados e catalogados nas bases de dados Medline interface Pubmed, Lilacs e Biblioteca Virtual de Saúde – BVS desde 1984, cruzando-se os descritores estresse, cirurgia, anestesia geral, psicologia. Encontraram-se mais de 800 artigos relacionados a estresse e cirurgia, que foram analisados em função de sua pertinência com o tema proposto. Desses, 18 abordaram o estresse psíquico. Os resultados levantados confirmaram a existência do estresse, tanto físico quanto psicológico, no período perioperatório e a relação entre estresse e evolução clínica de pacientes. Após a análise dos estudos observou-se a lacuna existente na literatura consultada, sobre a ação do estresse psíquico nesse período. **Conclusão** - O conhecimento mais aprofundado das implicações psicológicas do estresse pode beneficiar pacientes e profissionais de saúde no tratamento cirúrgico.

ABSTRACT – Introduction - The purpose of this article was to provide the literature regarding the psychological stress in the peri-operative period of adult patients undergoing operations under general anesthesia. **Methods** - The articles were obtained by surveying the papers published and catalogued in the Medline Pubmed interface database, Lilacs and the Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) since 1984, crossing the headings stress, surgery, general anesthesia, psychology. Over 800 articles related to stress and surgery were analyzed with regards to their relevance to the considered subject. Eighteen articles were related to psychological stress. Their results confirmed the presence of psychological and physical stress, during the peri-operative period as well as relation between stress and de clinical post-operative recovery. There is a gap regarding in the peri-operative period. **Conclusion** - More studies on psychological influence on stress may benefit patients and help professionals during the surgical treatment.

INTRODUÇÃO

O estresse é constante na vida humana. Ela é uma palavra inglesa que tem origem na palavra latina “stringere” e tem o sentido de angustiar, apertar. Tem sido utilizada para descrever situação ameaçadora sobre o organismo, debilitando-o e consumindo sua reserva de energia de vida armazenada.

Segundo Lipp¹⁷, as primeiras referências à palavra “stress” significando “aflição e adversidade” datam do Séc. XIV. No séc. XVII, segundo Spielberger²⁷, passou a ser utilizado para designar opressão, desconforto e adversidade. Esse termo expressava, no século XVIII, a ação de força, pressão ou influência muito forte sobre uma pessoa causando-lhe deformação. Nesse século, iniciou a especulação sobre uma possível relação entre doenças físicas e mentais e o estresse, sem receber muita atenção dos meios científicos.

No século XIX, engenheiros anglo-saxões usavam o termo no estudo de resistência de materiais para indicar a tensão resultante de uma força aplicada a um corpo, ou seja, comprimia-se um objeto até seu ponto de ruptura, para testar sua resistência. Claude Bernard afirmou em 1879, que o ambiente interno dos organismos deve permanecer constante apesar das

modificações no externo.

Anos depois, a ideia da ligação entre eventos estressantes e doenças foi retomada por Sir William Osler (apud Spielberger²⁷), que, no início do século XX, qualificou o termo estresse como trabalho excessivo e "strain" como preocupação. Esse autor sugeriu, em 1910, que os excessos de trabalho e de preocupação estivessem ligados à doenças coronarianas. No século XX, Adoff Meyer (apud Lipp¹⁹), desenvolveu um conceito psiquiátrico relacionando eventos estressantes da vida com desordens médicas, favorecendo o desenvolvimento de instrumentos de medida da relação entre os eventos da vida e o estresse. A introdução desses instrumentos intensificou o debate centrado na questão de descobrir se o evento representava, ele mesmo o problema ou, se a questão centrava-se na percepção pessoal do evento como um problema.

Straub²⁸ sugeriu que o primeiro autor a utilizar o termo estresse foi Walter Cannon. Em experimento com gatos em 1932, esse cientista descobriu que eles desenvolveram uma reação de resposta do corpo ao latido de cães, chamada de reação de luta-fuga e liberando efusão de adrenalina, que juntamente com cortisol ajuda a preparar o organismo para defender-se de uma ameaça. Cannon⁶, sugeriu em 1939, o termo homeostase, a fim de designar o esforço dos processos fisiológicos para manter estado de equilíbrio interno no organismo, a despeito das mudanças externas do ambiente. Essa definição deu ímpeto a pesquisas posteriores.

Hans Seyle²⁴, da Universidade de Montreal, em 1936, utilizou o termo estresse para designar uma síndrome produzida por vários agentes nocivos atuando sobre o organismo resultando em desequilíbrio químico. Seyle foi o primeiro cientista a formular uma teoria original do estresse com base na resposta física, não específica a mudanças ambientais. Esse autor inicialmente descreveu o estresse como sendo "todo o esforço exercido sobre o organismo que exceda sua capacidade de adaptação", caracterizando-o como alteração fisiológica que ocorre quando o organismo se encontra em situação que requeira reação alternativa à sua atividade orgânica normal, sobrecarregando-se. Para esse autor, o aspecto mais importante de um estressor é seu impacto sobre o corpo.

Seyle²⁵ conduziu experimentos com ratos e descobriu que a reação de alarme leva o córtex das supra-renais a aumentos de tamanho e fique hiperativo; o timo, o baço e os nódulos linfáticos diminuem em tamanho; úlceras aparecem no estômago e nos intestinos. Suas pesquisas culminaram em uma teoria que abordou a forma como o estresse mental e físico, se torna fonte dos problemas psicossomáticos por meio dos hormônios do eixo hipotalâmico – hipofisário – supra - renal. Tal processo foi denominado por Seyle em 1936, de "síndrome de adaptação geral – GSA", um

conjunto de respostas não-específicas do organismo - principalmente das glândulas endócrinas e do sistema nervoso - ao estresse. Independentemente da fonte do estresse biológico, o organismo reage com o mesmo padrão de resposta, a fim de manter seu equilíbrio.

Em 1939, Alexander², afirmou que as circunstâncias e atitudes negativas da vida podem levar à doença e à morte repentina, via modulação mental dos sistemas autônomo, endócrino e imunológico. Em seu trabalho, ele verificou como o estresse em período prematuro da vida pode superestimular a glândula tireoide para produzir um preceito, embora precário, tipo de maturidade psicológica.

Atualmente, o estresse tem sido utilizado para descrever tanto os estímulos que geram uma quebra na homeostase no organismo, como a resposta comportamental criada por tal desequilíbrio. Segundo Lipp²¹, estresse é uma reação do organismo com componentes psicológicos, físicos, mentais, comportamentais e hormonais, que ocorre para adaptação a um evento ou situação de angústia intensa. O acúmulo dessas reações no corpo denomina-se estresse psicossocial. Yamamoto et al.³⁰, também concordaram que há, componentes físicos e psíquicos envolvidos na situação de estresse e que este evoca nos seres humanos, respostas físicas e psicológicas que os habilitam a restaurar a estabilidade interior frente às mudanças.

O componente fisiológico envolve diversos sintomas corporais, boca seca, hipertensão arterial, alterações cardiovasculares e estomacais. Além desses sintomas, de acordo com Lipp²⁰, o estresse envolve aumento da sudorese, insônia, diarreia, taquicardia, mudança de apetite, tensão muscular, ranger de dentes, entre outras manifestações.

Seyle²⁵, em 1956, considerou o estresse como trifásico: alarme, resistência e exaustão. Em suas pesquisas, descobriu que o estresse implica em sofrimento do organismo, mas quando em fase inicial, denominada fase de alerta, pode ocorrer elevação do ânimo, aumento de energia, revitalização das forças e aceleração do ritmo de vida, como se a pessoa vivesse em constante estado de ansiedade. Se essa situação persistir por muito tempo, irá gerar desgaste no organismo e poderá evoluir para o agravamento do nível de estresse e surgimento de doenças.

Na segunda fase, denominada resistência, a homeostase interna é quebrada e a pessoa busca o reequilíbrio do organismo. Ocorre grande utilização de energia e um aumento na resistência, circunstâncias essas, que podem gerar a sensação de desgaste generalizado sem causa aparente. Quanto maior for o esforço que o indivíduo faz para adaptar-se e restabelecer a homeostase, maior é o desgaste. Se os fatores estressantes persistirem em frequência ou intensidade, há quebra na sua capacidade de resistência e o organismo passa à fase de exaustão.

Na terceira fase, denominada de exaustão, há

uma quebra total da resistência e alguns sintomas que aparecem são semelhantes aos da fase de alerta, embora sua magnitude seja muito maior. As doenças graves podem ocorrer nos órgãos mais vulneráveis, como enfarte, úlceras, psoríase, depressão e outros. Há aumento das estruturas linfáticas, da exaustão psicológica em forma de depressão e da exaustão física na forma de doenças que começam a aparecer, podendo ocorrer a morte como resultado final. Para Seyle, a fase de exaustão, embora bastante grave, não é, necessariamente, irreversível desde que não afete o organismo como um todo.

Reconhecer a fase do estresse em que o paciente se encontra permite à equipe médica atuar com mais propriedade e propor intervenções que visem a impedir o agravamento da doença e o comprometimento da operação. Permite também iniciar orientação, caso se verifique a prevalência das fases de resistência e de exaustão no paciente cirúrgico, sendo essa a última, mais grave e com maior possibilidade de apresentar consequências irreversíveis para seus portadores.

O diagnóstico do estresse pode ser feito de diversas formas. Alguns autores indicam a categorização de grandes eventos vitais, pois exigem que a pessoa utilize uma elevada quantidade de energia adaptativa para enfrentar a situação. Outra forma passível de medi-lo é por meio do nível de catecolaminas no sangue, hormônios presentes na reação neuroendócrina ao estresse.

Lipp¹⁸ propôs que o estresse seja medido pela soma dos sintomas que pessoa apresenta no contato com o estressor. A ocorrência do estresse é delimitada por meio de sintomas físicos e psíquicos que o paciente manifesta ao experimentar situação estressora, mediante relato verbal ou da manifestação clínica.

Algumas situações terapêuticas envolvendo tratamento clínico, incluindo operações sob anestesia geral, são consideradas como fortes estímulos estressores porque afetam as emoções dos pacientes e geram quebra no equilíbrio no organismo^{19,20,27,28}.

Para Kiecolt-Glaser et al.¹⁶, as emoções têm efeitos diretos nos hormônios do estresse e podem modular a função imune. A resposta emocional à cirurgia pode influenciar o tipo e a quantidade de anestesia administrada. Seus efeitos nos sistemas imune e endócrino podem variar. Para esses autores, indivíduos mais ansiosos provavelmente terão maior dor pós-operatória com consequente redução da função imune.

De acordo com Abecasis¹, o ato cirúrgico constitui paradigmática situação de estresse que envolve o paciente, sua família, o cirurgião e também as equipes de anestesia e cirurgia, aumentando a morbimortalidade de todos.

A incidência de estresse em indivíduos que se submetem à operação de médio ou pequeno porte é relevante e vários estudos foram realizados no sentido

de confirmar esse fato. Embora se tenha notado que alguns atravessam o período perioperatório sem apresentar estresse, o paciente cirúrgico tem grande probabilidade de apresentá-lo em uma de suas quatro fases, alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão.

Segundo Hoyo¹⁴, a tentativa do paciente de lidar com os variados estímulos estressores envolvidos na submissão a uma operação, desencadeia o fenômeno da SAG, descrita por Seyle e envolve o desenvolvimento de manifestações de adaptação do corpo, como um mecanismo de defesa contra o estresse. Aplicada ao paciente cirúrgico, essa síndrome ocorre da seguinte forma: o doente revela desgastes emocional e físico já no período pré-operatório, confirmados por entrevistas, exame físico e exames especializados. Alguns pacientes sentem-se eufóricos e em crise por causa do ato operatório. A espera por resultados de exames complementares gera perturbações psicológicas muito profundas pela incerteza quanto aos seus resultados. Nessa situação, as glândulas supra-renais assumem grande atividade e liberam a noradrenalina para a circulação sanguínea. Essa descarga hormonal tem duração de dias ou semanas e mantém altos níveis hormonais. Em muitos casos, o paciente permanece controlado, deambula, mas está deprimido, por causa das secreções das glândulas supra-renais, que podem provocar descompensação física e emocional. Quando ele ultrapassa a operação, torna-se mais relaxado, pois as supra-renais podem entrar em exaustão com consequente hipofunção. Entre sete e 15 dias após a operação, o paciente volta à euforia. Na 3ª semana, ele supera os estressores.

Pode-se dizer que a percepção dos procedimentos cirúrgicos é individual e varia de pessoa a pessoa, conforme o somatório de experiências anteriores, e esse estado irá influenciar o paciente no enfrentamento do processo cirúrgico. O enfrentamento, tradução do inglês coping, é o processo pelo qual o indivíduo administra as demandas internas ou externas específicas percebidas como estressantes e as emoções que geram¹⁰.

A atitude do cirurgião determina em boa medida a intensidade do estresse. É possível instrumentalizar a relação cirurgião-paciente, transformando-a em uma técnica psicoterapêutica com objetivo preciso: a modulação adequada do estresse.

Assim, este artigo tem por objetivo rever a literatura do estresse psicológico em cirurgia, em pacientes submetidos a operações de médio e grande porte.

MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada a partir das bases de dados Medline interface Pubmed, Lilacs, e Biblioteca Virtual de saúde – BVS, além de livros técnicos e publicações nacionais e internacionais.

A consulta de dados abrangeu o período de 1998 a 2008. Foram encontrados mais de 800 artigos e desses foram selecionados 18 (Tabela 1) que continham referências sobre o enfoque psíquico do estresse, entre esses, foram acrescentados dois artigos referentes aos anos de 1984 e 1987. Relacionaram-se apenas textos com operações de médio e grande porte, realizadas sob anestesia geral em pacientes adultos. A revisão retrospectiva foi sobre estresse e operações sob anestesia geral, para conhecer a influência do estresse no estado físico e emocional de pacientes durante o perioperatório.

A estratégia de busca nas bases de dados abrangeu inicialmente os seguintes descritores na língua inglesa: stress, surgery, surgery major, anesthesia general, psychology, em português: estresse, cirurgia, cirurgia de grande porte, anestesia geral, psicologia. Para identificação dos artigos publicados no período de 1998 a 2008, foram utilizados os seguintes descritores pesquisados no MESH Data base: cirurgia, operação, stress, pré-operatório, pós-operatório, psicologia, anestesia geral. Como limites utilizaram-se, pacientes adultos, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 85 anos, cirurgia de grande porte.

Posteriormente, utilizaram-se indicadores que expressam o tipo de operação em diversas situações de necessidade de procedimento cirúrgico para tratá-las.

Analisaram-se os dados em duas etapas, na primeira, identificou-se a formação dos autores, enfoque dos artigos, tipo de pesquisa realizada, população pesquisada, país de onde se originou a pesquisa e instrumentos de medida utilizados. Na segunda etapa, categorizaram-se os temas com a sua pertinência aos objetos deste estudo. As principais categorias identificadas foram: conceito de estresse cirúrgico, fatores que o influenciaram, e estratégias de enfrentamento.

RESULTADOS

Dos 18 artigos abordando o estresse psicológico em cirurgia, quatro foram produzidos nos Estados Unidos, quatro no Brasil, quatro na Argentina, um no Canadá, um no Chile, um em Cuba, um na Inglaterra, um no Japão e um no Peru. Quanto à categoria profissional, observou-se que nos artigos participaram, como autores, 28 médicos, 11 psicólogos, três enfermeiros e dois dentistas.

Foram 15 artigos que abordaram a teoria do estresse em geral e do estresse relacionado às operações. Apenas em três artigos os autores desenvolveram pesquisas. Dois trataram da validação de instrumentos de medidas do estresse, desenvolvendo pesquisas com seres humanos. Lipp e Guevara¹⁷ validaram e padronizaram o ISSL, envolvendo 124 estudantes universitários e 105

adultos em geral, totalizando 229 pessoas em São Paulo. Yamamoto et al.³⁰, envolveu a validação dos instrumentos IMPS e IMST, em que se utilizaram 1499 professores de escolas públicas do Japão. O terceiro comparou o estresse em pacientes de Sergipe, no pós-operatório de colecistectomia com o de pacientes em tratamento clínico de gastrite.

Quanto ao conceito do estresse, nos textos selecionados, verificou-se que, alguns artigos escritos por profissionais da área da psicologia e da medicina adotaram o modelo trifásico de Seyle, muitos deles abordaram o estresse, utilizando marcadores biológicos e enfatizando a necessidade de observar essa doença em pacientes hospitalizados para que o quadro clínico não se agrave. Em apenas um artigo foi utilizado o ISSL mostrando que esse instrumento ainda é conhecido apenas no Brasil. Outros artigos descreveram detalhadamente as implicações físicas e emocionais do estresse. Aqueles escritos por profissionais de enfermagem enfatizaram os cuidados para minimizar o estresse dos pacientes. Entre os escritos por profissionais da área de odontologia, um teve enfoque multidisciplinar e outro enfatizou a influência do procedimento da extração de dentes na psique do paciente, relacionando-a com a neurose de castração descrita por Freud.

Diversos trabalhos brasileiros vêm enfatizando as implicações do estresse excessivo na área de saúde^{7,17,18,23,26} e a necessidade de programas para profilaxia e tratamento do estresse antes que enfermidades mais graves se estabeleçam. No entanto, uma das dificuldades que surgem nessa área é a do diagnóstico da fase do estresse.

Foram encontradas diversas formas de medir o estresse. Por meio de parâmetros físicos de medidas da pressão sanguínea, nível de catecolaminas no sangue e nível de hormônios, como o cortisol. Esse é chamado hormônio do estresse e altos níveis são encontrados em pessoas com estresse elevado. Há relação também entre hipertensão arterial e estresse, com a observância em pessoas estressadas de aumento da pressão sanguínea.

Encontrou-se ainda, a medição do estresse por meio de escalas psicométricas. A primeira foi a de Holmes e Rahe¹³, construída em 1967, que relaciona os eventos estressores, que influenciam a vida do homem, colocando-os em ordem de maior para menor influência. Outros autores criaram instrumentos de medida específicos para avaliar o estresse ocupacional.

Lipp¹⁷ elaborou em 1989 o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos - ISSL, que visa a identificar de modo rápido e objetivo os sintomas do estresse e os classificou em físicos e psíquicos. Durante essa padronização, em 2000, seu autor descobriu uma quarta fase, que denominou de quase-exaustão.

Yamamoto³⁰ desenvolveu dois instrumentos de medida do estresse: o Inventário de Medidas do Estresse Psicossocial - IMPS - e o Inventário de Medidas

da Capacidade de Tolerância ao Estresse - IMST -, que foram validados em 2007. Por outro lado, Everly e Sobelman⁸, em 1987 sugeriram que a mensuração do estresse avaliasse os aspectos cognitivos e emocionais. Os trabalhos de Andreassi³ e Everly⁹, propuseram a resposta fisiológica ao estresse como medida por meio de técnicas eletrodérmicas, procedimentos eletromiográficos e medidas cardiovasculares.

O estresse pode ser avaliado em nível neuroendócrino, por meio do valor das catecolaminas derivadas de amostras de plasma, urina e saliva. Segundo Seyle²⁵, "um dos traços típicos do SAG é a curva de açúcar no sangue, que segue um curso trifásico: inicialmente reduz, eleva-se e, em seguida, diminui".

Kanner et al.¹⁵, em 1981, sugeriram que, além de verificar os grandes estressores, deve-se avaliar os pequenos aborrecimentos que possuem efeito cumulativo no organismo. Quanto ao estresse cirúrgico, alguns autores o definem como o impacto exercido pelos procedimentos cirúrgicos, que podem desencadear uma série de complicações pós-operatórias e, em seu extremo, contribuir para a morte do paciente.

O estresse no paciente cirúrgico também ocorre em três etapas. Na primeira, a fase de alarme, o sistema nervoso central é estimulado, ocorre à liberação de catecolaminas de base hipotalâmica, que pode ocasionar hipertensão arterial e taquicardia. A reação de alarme não é um fenômeno patológico⁵. Se o estressor for de curta ou média duração, essa fase é parte do processo adaptativo do organismo. A maior parte das mudanças morfológicas e bioquímicas da reação de alarme desaparece durante a fase de resistência. Na segunda etapa, o corpo é mobilizado a preparar-se para a resposta luta-fuga. A terceira etapa, a de exaustão, é o estágio em que a energia de adaptação predispõe a doenças e até mesmo à morte¹². Além disso, a intensidade e a duração da resposta ao estresse cirúrgico dependem da intensidade e duração do estímulo estressor. Quanto mais invasivos e complexos são os procedimentos cirúrgicos, mais se associam ao alto risco da fase de exaustão, com conseqüências físicas e psíquicas²⁹.

No período pré-operatório, mobiliza-se grande quantidade de energia física e psíquica para o paciente estabelecer formas de lidar com o estresse situacional. Nessa fase, o estresse cirúrgico, se ampliado e prolongado, pode aumentar a resposta inflamatória sistêmica e contribuir para aumento da morbidade e mortalidade perioperatórias¹¹.

Durante o período perioperatório, ocorre a mobilização de grande quantidade de energia mental e psíquica do paciente, o que gera desgaste emocional e pode comprometer a sua recuperação. A atividade psíquica é avaliada de diferentes maneiras por alguns autores: escalas de avaliação de personalidade, entrevistas psiquiátricas aliadas à observação de

pacientes candidatos à operações cardíacas⁴. Esses autores desenvolveram uma classificação dos estádios pelos que passam os pacientes no período pré-operatório. No primeiro grupo, estariam aqueles que reconhecem o risco da cirurgia e a possibilidade do óbito, mas bloqueiam qualquer medo por meio da negação. No segundo grupo inserem-se os pacientes que parecem cooperativos, mas os ganhos secundários - recompensas - são tão importantes que sabotam inconscientemente o tratamento e, se chegam a ser submetidos à operação, beneficiam-se muito pouco dos seus resultados. Pertencem ao terceiro grupo, aqueles que, à medida que se aproxima o ato cirúrgico, entram em pânico crescente sujeitos a intenso conflito entre a motivação para a operação e medo. Estão inseridos no quarto grupo, pacientes imobilizados por um conflito entre a vontade de melhora e o medo de perder os ganhos secundários decorrentes da doença. No quinto grupo, encontram-se os pacientes com fortes componentes depressivos e constituem-se num grupo que busca a morte, esses autores chamam a cirurgia, nesses casos, de "suicídio sancionado". Os pacientes do sexto grupo têm um quadro psiquiátrico que se mascara por queixas que dão a impressão de cardiopatia com indicação cirúrgica, mas que apresentam doença mental grave com características associadas à esquizofrenia. Segundo esses autores, a maioria dos pacientes se distribuiu nos terceiro e quarto grupos, indicando que a ambivalência seria a reação mais comum frente a um estressor radical e intenso quanto o é a cirurgia cardíaca. É necessário estender os estudos para verificar se esses sintomas correspondentes ao estresse psíquico se aplicariam aos pacientes submetidos às demais operações⁹.

DISCUSSÃO

Esta parece ser a primeira pesquisa de literatura realizada no Brasil a comparar resultados de estresse em pacientes submetidos à operações sob anestesia geral. Pelo conhecimento atual, apenas um estudo comparou a evolução do estresse entre pacientes clínicos e aqueles submetidos à colecistectomia²³.

Os artigos apontam que há fontes de estresse internas e externas, com componentes físicos, emocionais, comportamentais e hormonais, que concorrem para que haja estresse em período perioperatório. Apontam também, mecanismos de atuação do estresse em cada fase, como impactam o paciente, bem como os antecedentes que favorecem o surgimento do estresse.

O ato cirúrgico é um evento visto pelo paciente como paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que, lhe alivia dores e é eficaz no tratamento de doenças, é também um ato de agressão ao organismo, que o induz a desenvolver mecanismos de enfrentamento. Em pesquisas realizadas por profissionais de odontologia,

verificou-se que até a extração de um dente concorre para o desenvolvimento da neurose de castração, imagine-se o impacto de invasões maiores como o ato cirúrgico sobre o paciente¹⁵.

Woolger, psicólogo inglês, observou em seus pacientes, memórias de agressão, torturas, e danos corporais, suscitados quando eles se defrontaram com intervenções cirúrgicas. Os pacientes interpretaram os procedimentos invasivos necessários a esse ato, como repetição de eventos fixados na memória sob a forma de tortura consentida. Especula-se inclusive sobre a grande quantidade de cirurgias plásticas, como fator de repetição de eventos agressivos apegados na memória. Lipp¹⁷, também estudou esse assunto quando propôs sua teoria "temas de vida", que se refere ao estresse crônico e recorrente, ao estudar a necessidade de recriação no presente, de situações geradoras de estresse encontradas no passado, no mecanismo de reviver seus temas de vida. Para essa autora, são temas que se repetem na vida dessas pessoas, gerando nível de estresse excessivo, contribuindo para sensação crônica de fragilidade diante do mundo.

Há componentes físicos e psíquicos no estresse, que atuam para a defesa e, ao mesmo tempo, deterioram as condições do organismo. É relevante ressaltar, que os fatores psíquicos estão presentes em grande parte dos pacientes, muitas vezes em maiores proporções do que os fatores físicos. O cirurgião nem sempre sabe como lidar com esse aspecto e surge a necessidade de prover as equipes de saúde em hospitais, com profissionais de psicologia aptos a fazerem o diagnóstico do estresse e atuarem junto ao paciente para minimizar seus efeitos. Dessa maneira, evidencia-se a lacuna a ser preenchida por psicólogo, com vista a contribuir para que o paciente possa superar medos e fantasias acerca da operação de forma assertiva.

Diversas são as possibilidades de mensuração do estresse, entretanto somente um inventário aborda o estresse psíquico, exatamente aquele desenvolvido pela psicóloga Lipp. Como há pouca literatura a respeito em função dos autores que são, em sua maioria, profissionais médicos, não há abordagem qualitativa do estresse psíquico. Observa-se que os sintomas psíquicos do estresse não são levados em conta e que, somente parâmetros físicos são considerados na maioria das pesquisas.

Sabe-se muito pouco sobre os sentimentos dos pacientes antes e depois da operação. Passou-se a compreender esse assunto após o inventário de Lipp, que proporcionou a medição dos diversos sentimentos, quantitativamente. A abordagem psíquica deveria ser essencialmente qualitativa e sua medição fundada a extrair os diversos sentimentos que se associam a cada fase do estresse. Mais testes poderiam ser validados com vistas a aumentar a

oferta de instrumentos de medida do estresse que contemplem essa abordagem. A experiência com o ISSL foi positiva embora não haja enfoque no medo do paciente quanto aos procedimentos cirúrgicos e, principalmente, quanto à morte. Vários pacientes expressam o medo de morrer durante a operação ou por causa dela^{17,19,21}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estresse em pacientes cirúrgicos ainda é muito pouco estudado no Brasil. As pesquisas sobre esse tema envolvem principalmente o estresse ocupacional sob diferentes pontos de vista. Este estudo objetivou suprir a lacuna existente na abordagem do estresse psíquico pré e pós-operatório e fornecer subsídios para intervenções pró-ativas junto a pacientes, privilegiando a abordagem dos sintomas psíquicos relacionados à síndrome do estresse aplicado a pacientes em situação de tratamento cirúrgico.

O estresse dos pacientes cirúrgicos é inevitável, entretanto, a evolução pós-operatória é melhor naqueles que desenvolvem estratégias de enfrentamento adequadas. O cuidado psicológico com pacientes cirúrgicos deveria iniciar-se durante as consultas pré-operatórias, oferecendo aos pacientes a oportunidade de falarem livremente sobre o procedimento cirúrgico e esclarecendo-lhes as dúvidas. Atuando dessa maneira, existe a possibilidade de obter-se melhor resultado cirúrgico.

Há limitações metodológicas e dificuldade de comparação entre os estudos, em sua maioria, teóricos. Em função da produção científica escassa na área do estresse psíquico perioperatório, seria importante realizar mais pesquisas que investiguem o trauma psíquico associado a procedimentos cirúrgicos envolvidos nos diferentes tipos de operação e verificar se a técnica, ou características de personalidade, relacionam-se com o estresse cirúrgico, à fim fornecer orientação às equipes médicas.

REFERÊNCIAS

1. Abecasis I. Cirurgia y stress, el cirujano como psicoterapeuta. Conferência no 61º Congresso Argentino de Cirurgia. Rev Argent Cir 1991, 60: 207-207.
2. Alexander F. Psychological aspects of medicine. Nova York, ;1950.
3. Andreassi J. Psychophysiology. Oxford: Oxford University Press; 1980.
4. Barúa RL. Estresse, desordenes emocionales y enfermedad. El papel de lo psicológico en la medicina. Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt Universidade Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú, 1999.
5. Callahan L. The effect of surgical stress on postoperative care of the patient. Curr. Rev PACN 1994, 16: 129-136.
6. Cannon WB. The Winsdom of the body. New York, Norton; 1939.
7. Curcio MA. Estudo do Stress e da qualidade de vida de uma amostra de pacientes oncológicos. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUCAMP, 1991.

8. Everly a GS, Solbeman H. The assessment of the human stress response: neurological, biochemical and psychological foundations Nova York: AMS Press, 1987, apud Lipp MEN. (org.) - O Estresse no Brasil: Pesquisas Avançadas. Campinas: Papirus; 2004.
9. Everly b GS. Clinical Guide to the treatment of human stress response, Nova York. Plenum Press, 1990 apud Lipp M.E.N. (org.) - O Estresse no Brasil: Pesquisas Avançadas. Campinas: Papirus; 2004.
10. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behavior* 1980, 21: 219-239.
11. Giacomantone E. Implicâncias Psicosociales, en aula magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, 1998.
12. Giannoudis PV, Dinopoulos H, Chalidis B, Hall GM. Surgical stress response injury. *Int J Care Injur* 2006, 375: 53-59.
13. Holmes TH, Rahe RK. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychos Res* 1967, 11: 213-218.
14. Hoyo EH. Consecuencias clínicas del estrés quirúrgico y sobre la relación médico-paciente en cirugía. *Feria del Libro de Medicina estrés Quirúrgico: Implicâncias Psicosociales*. 1998; Buenos Aires. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; 1998.
15. Kanner AD. In: Lipp MEN. (org.) - O Estresse no Brasil: Pesquisas Avançadas. Campinas: Papirus; 2004
16. Kiecolt-Glaser JK, Page GG., Marucha PT, Mac Callum RC. Psychological Influences on surgical recovery. *Am Psychol* 1998, 53: 1209-1218.
17. Lipp M, Guevara AJH. Validação Empírica do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos. *Rev Estudos de Psicologia* 1994, 11: 43-49.
18. Lipp M, Romano AS, Covolan MA, Nery MJ. Como enfrentar o estresse. Campinas: Ícone, 1986.
19. Lipp M. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. 3ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
20. Lipp M. Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
21. Lipp M. O stress no Brasil: Pesquisas avançadas. Campinas: Papirus; 2004.
22. Malagris LN. Stress e úlceras gastroduodenais: interações clínico-psicológicas. Dissertação de Mestrado, Campinas: PUCCAMP, 1992.
23. Mc Clelland D, Ross G., Patel V. The effect of an academic examination on salivary norepinephrine and immunoglobulin levels. *J Hum Stress* 1985, 11: 52-59.
24. Seyle H. O Stress da Vida. São Paulo: Ibrasa; 1959.
25. Seyle, H. Stress, in Health and disease. Boston: Butterworth; 1976.
26. Silva AC. Estresse em bancários: qualidade de vida, estresse e estressores presentes em uma amostra de funcionários do Banco do Brasil. Dissertação de Mestrado, Campinas: PUCCAMP, 1992.
27. Spielberger, C. Understanding Stress and Anxiety. Nova York, Haper e Row Publishers; 1979, p.234-278.
28. Straub RO. Psicologia da Saúde. Porto Alegre, Artmed; 2005.
29. Vicencio EA. Estrés en el paciente quirúrgico. *Rev Chil Cir* 1995, 47: 99-102.
30. Yamamoto K, Irie M, Sakamoto Y, Ohmoriand S, Yoshinari M. The Relationship between IMPS-measured Stress Score and Biomedical Parameters Regarding Health Status among Public School Workers. *J Physiol Anthropol* 2007, 26: 149-158.