

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CIRURGIA

*Carmem Amorim Gaudêncio**

*Agustina Sirgo**

Francisco José Perales-Soler#

Susana Amodeo-Escribano[¶]

RESUMO. Na situação de cirurgia existem três tipos de estresse, (1) Estresse produzido pela avaliação da situação cirúrgica como ameaça, dano ou perda (estresse psicológico), (2) Estresse produzido pela enfermidade prévia do paciente, e (3) Estresse produzido pela intervenção cirúrgica em si (estresse cirúrgico). Dotar o paciente de estratégias de confronto frente à cirurgia, reduz o estresse. Os resultados podem ser medidos tanto em termos clínicos quanto econômicos, diminuindo a permanência do paciente no hospital e a ingestão de analgésico e sedativo. Neste artigo, apresentam-se as técnicas concretas e adaptadas ao ambiente hospitalar que se mostram mais efetivas na avaliação e redução da ansiedade pré-cirúrgica.

Palavras -chave: ansiedade pré-cirúrgica, avaliação, técnicas de intervenção.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN SURGERY

ABSTRACT. In a surgery situation we can clearly find three types of stress, (1) the stress derived from the assessment of the surgical situation as a threat, injury or loss (psychological stress), (2) the stress derived from the illness itself, and (3) the stress derived from surgery itself (surgical stress). Stress can be reduced if the patient is trained to cope with certain strategies. Results will be related to clinical and economical issues, provided that the length of the stay at the hospital will be shorter and the intake of analgesics and sedatives will decrease. This paper is a theoretical review about the psychological techniques adapted to the hospital setting which have demonstrated to be more effective in the assessment and reduction of the pre-surgical anxiety.

Key words: pre-surgical anxiety, assessment. intervention techniques.

* Doutora em Psicologia, Psicóloga do Serviço de Psiquiatria. Seção de Psicologia Clínica. Hospital Geral “Gregorio Marañón” de Madri.

Endereço para correspondência: Dra. Carmen Amorim Gaudêncio. C/ Santa Cruz de Marcenado, 11, 3B, 28015 Madrid. Fax: 3491.542.1565. e-mail: amorin@correo.cop.es

Médico do Serviço de Psiquiatria. Seção de Psicologia Clínica. Hospital Geral “Gregorio Marañón” de Madri.

¶ Psicóloga Clínica do Serviço de Psiquiatria. Seção de Psicologia Clínica. Hospital Geral “Gregorio Marañón” de Madri.

INTRODUÇÃO

Um elevado número de pessoas se submete anualmente a intervenções cirúrgicas. Estima-se que ao redor do 4,5% da população espanhola passe pelo centro cirúrgico ao ano (Casas, 1986), com uma permanência média de hospitalização de 14,5 dias (Moix, 1990).

De acordo com o modelo de Lazarus e Folkman (1986), a ansiedade que a pessoa experimenta ante uma determinada situação depende fundamentalmente de como avalia e enfrenta a dita situação. Quanto maior é a ameaça percebida e menor o controle por parte da pessoa, mais estresse provoca a situação.

A intervenção cirúrgica, geralmente, supõe uma experiência estressante para o paciente, que normalmente não conta com estratégias de afrontamento ou confrontação apropriadas (López-Roig, Pastor & Rodríguez-Marín, 1993). A ameaça da cirurgia pode produzir uma ativação hipotálamo-hipofisária-supra-renal, independentemente da lesão tissular que sofra a pessoa (Johnston, 1980). Um alto estresse fisiológico prévio à cirurgia conduz a uma recuperação pior e mais lenta (Linn, Linn & Klimas, 1988). Para o anestesista, é importante evitar um alto grau de ativação simpática antes da indução anestésica, pelos riscos que isto acarreta (Lichter, Johanson, Mhoon, Faure, Hassan & Roizen, 1987).

Dada a influência negativa da ansiedade no processo cirúrgico e na evolução pós-operatória, têm-se aplicado programas de intervenção cujo objetivo é reduzir a ansiedade do paciente nesta situação. Em geral os resultados são positivos, porque os pacientes aos quais se aplicam técnicas psicológicas de redução da ansiedade pré-operatória se recuperam mais rápido, com menos complicações e menor necessidade de tomar analgésicos, em comparação com grupos de controle nas mesmas condições (Melamed & Siegel, 1975; Johnson, Fuller, Endess & Rice, 1978; Pickett & Clum, 1982; Viney, Clarke, Bunn & Benjamin, 1985; Wells, Howard, Nowling & Vargas, 1986; Holden-Lund, 1988; Schindler, Shook & Schwartz, 1989; Pinto & Hollandworth, 1989).

MEDIDA DA ANSIEDADE PRÉ-CIRÚRGICA

Têm-se utilizado diferentes métodos para avaliar a ansiedade pré-operatória. De acordo com o grau de objetividade da medida da ansiedade, podemos classificá-la em dois grandes grupos: “objetivas” e

“subjetivas”. Os métodos objetivos se interessam pelas medidas das variáveis relacionadas com o nível da ativação simpático-adrenal conseqüente ao incremento da ansiedade: taxa cardíaca e pressão sanguínea (Jakobsen & Blom, 1989), atividade eletrodérmica (Nisbet, Norris & Braw, 1967), nível eletromiográfico (Vögele & Steptoe, 1986), assim como os níveis de cortisol (Williams, Jones & Williams, 1975), de catecolaminas (Fell, Derbyshine, Maile, Lasson, Ellis, Achola & Smith 1985) e de absorção gástrica de medicamentos (Simpson & Stakes, 1987). Os métodos subjetivos são aqueles que dependem da informação do paciente. As escalas mais utilizadas são: Escala de Avaliação de Estresse para Hospitalização, Cirurgia e Enfermidade, de Volicer e Bohannon (1975), e Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, de Zigmund e Snaith (1983). Outro instrumento útil, que informa sobre a ansiedade do paciente antes da intervenção cirúrgica, é a Escala de Ansiedade Estado-Traço, de Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970).

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

As técnicas psicológicas empregadas no caso específico da ansiedade pré-cirúrgica são muito variadas e podem ser divididas em três grandes grupos: comportamentais, cognitivas e combinadas.

TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS

Esta técnica consiste em prover as instruções comportamentais específicas, ao paciente, que facilitem sua recuperação. É fundamental uma colaboração ativa por parte do paciente.

Relaxamento. O uso do relaxamento para reduzir a ansiedade pré-cirúrgica foi mostrado efetivo tanto em relação ao bem-estar subjetivo, auto-informado pelo paciente, quanto pelas medidas psicofisiológicas objetivas: observa-se uma diminuição do ritmo cardíaco e da pressão arterial, e melhora da imunidade humoral e celular (Green, Green & Santoro, 1988; Zachariae, Kristensen, Hokland, Ellegaard, Metze & Hokland, 1990). De acordo com um estudo levado a cabo por Aiken e Heinrichs (1971), o relaxamento melhorou o tempo de anestesia e o grau de hipotermia em cirurgia de coração. O procedimento consiste em treinar o paciente em técnicas de relaxamento e pedir que pratique as ditas técnicas durante o período de convalescença. O método

mais usado no ambiente hospitalar é o relaxamento autógeno (Schultz e Luthe, 1959), por meio de instruções registradas em fitas de áudio.

Instruções comportamentais específicas pós-cirúrgicas. Estas instruções servem de guia (orientação) para facilitar a recuperação do paciente. Normalmente fazem referência a como ele deveria mover-se, respirar e tossir depois da intervenção. Tais instruções dependem do tipo de intervenção e devem ser específicas para cada caso.

Aprendizagem por observação de modelo ou aprendizagem vicária consiste em ver um modelo, levando a cabo o comportamento objetivo de modo satisfatório. Normalmente se realiza pela visualização de um vídeo, onde se mostra um paciente enfrentando eficazmente as diferentes fases da hospitalização. Esta técnica é utilizada fundamentalmente com crianças (Melamed & Siegel, 1975).

Insensibilização sistemática. Técnica específica para reduzir a resposta de ansiedade e ao mesmo tempo reduzir os comportamentos motores de “fuga” relacionados com a intervenção. Consiste na apresentação ao paciente de cenas ansiógenas relativas à cirurgia, de forma gradual, e posteriormente deve-se intercambiar essas cenas com instruções de relaxamento.

TÉCNICAS COGNITIVAS

Buscam a modificação do autodiálogo ou diálogo interior gerador de estresse, no paciente.

Distração cognitiva. Treina-se o paciente em redirecionar a atenção para uma imagem relaxante. Pickett e Clum (1982) treinaram pacientes associando dez imagens da operação com dez imagens de uma situação relaxante. Os resultados mostraram uma diminuição significativa dos níveis de ansiedade e dores após a cirurgia.

Imaginação guiada. O paciente deve imaginar uma cena relaxante ou agradável. Esta técnica era usada por Holden-Lund (1988), que encontrou menos ansiedade e liberação de cortisol depois da aplicação da técnica.

Reestruturação cognitiva. Consiste no debate das idéias irracionais do paciente sobre a hospitalização, a cirurgia e suas conseqüências, e reconsideração dos aspectos positivos da hospitalização.

Hipnose. A hipnose é uma forma estruturada de elevada concentração, que pode ser dirigida a objetivos terapêuticos. Faymonville, Fissette, Mambourg, Roediger, Joris & Lamy (1995) usaram esta técnica como complemento para a anestesia local em cirurgia plástica e observaram menores níveis de ansiedade e de dor, diminuindo também as exigências de anestesia.

Apoio psicológico. Em termos gerais, trata-se da atitude terapêutica de encorajamento ao paciente para que comunique os medos relativos à intervenção, melhorando a recuperação pós-cirúrgica (Moix, Casas, López, Quintana, Ribeira & Gil, 1993).

Informação. Consiste em informar o paciente sobre alguns aspectos da hospitalização e da intervenção (procedimento), assim como a respeito das sensações que sofrerá. Esta informação pode ter vários formatos de apresentação; folhetos, fitas cassete, vídeos ou conversação. A efetividade desta técnica depende do estilo de afrontamento ou enfrentamento do paciente (“vigilante” ou “evitador”), beneficiando-se mais os pacientes vigilantes, e chegando inclusive a ser prejudicial para os evitadores (Auerbach, Martinelli & Mercuri, 1983; Miller & Mangan, 1983; Greene, 1989).

TÉCNICAS COMBINADAS

Este conjunto de técnicas pode ser representado pela Inoculação ao Estresse.

Inoculação ao Estresse (IE). O treinamento em IE foi desenvolvido por Meichenbaum e Cameron, em 1972, tendo por objetivo preparar os pacientes para superação das situações problemáticas relacionadas com o estresse. Basicamente, trata-se de dotar os pacientes de estratégias e habilidades que lhes permitam confrontar situações futuras que sejam estressantes para eles. Inclui técnicas cognitivas (modificação do autodiálogo interno ou interior do paciente, se isto lhe está gerando estresse) e comportamentais (controle ativo da ansiedade por meio de técnicas fisiológicas - relaxamento muscular, respiração diafragmática, etc.). A IE mostra-se efetiva tanto em cirurgia quanto em outras situações relacionadas com o estresse (Amir, Zlotogorsky & Isac, 1990). Esta técnica consiste em três fases que são sobrepostas na prática clínica: (1) conceituação – deve-se explicar a sintomatologia da ansiedade mais comum em relação ao paciente cirúrgico, (2) aquisição de

habilidades – treina-se o paciente no reconhecimento do aumento de seus níveis de ansiedade e em como controlar esses níveis por meio de relaxamento, distração, respiração, etc., e (3) aplicação e ensaio – nesta fase o paciente põe em prática as novas habilidades aprendidas.

A revisão realizada neste trabalho demonstra a influência dos fatores psicológicos mediados pelo estresse, relacionados com o afrontamento, a aceitação e com os resultados das intervenções cirúrgicas. A atenção a estes aspectos psicológicos dos pacientes pode modificar positivamente a recuperação pós-operatória, diminuindo os riscos secundários da anestesia e a necessidade farmacológica acompanhante.

As intervenções que estimulam a utilização de estratégias de afrontamento centradas no problema são úteis nas situações nas quais as ações do paciente permitem controlar os estressores. No entanto, naquelas circunstâncias em que não se podem controlar os referidos estressores, como é o caso da intervenção cirúrgica, são mais eficazes as técnicas centradas no controle das emoções, e não aquelas centradas na modificação do ambiente do sujeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L.H. & Heinrichs, T.F. (1971). Systematic relaxation as a nursing intervention technique with open heart surgery patients. *Nursing Research*. 20, 212-217.
- Amir, M., Zlotogorsky, Z. & Isac, M. (1990). Psychological preparation for surgery. *Cognitive Therapy*. 119, 419-421.
- Auerbach, S.M., Martinelli, M.F. & Mercuri, L.G. (1983). Anxiety, information, interpersonal impacts, and adjustment to a stressful health care situation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 44, 1284-1296.
- Casas, X. (1986). Anàlisi dels malalts intervinguts quirúrgicament a Barcelona. *Gaseta Sanitaria*. 5(25), 5-10.
- Devine, E.C. & Cook, T. (1986). Clinical and cost-saving effects of psychoeducational interventions with surgical patients: a meta-analysis. *Research in Nursing and Health*. 5, 89-105.
- Faymonville, M.E., Fissette, J., Mambourg, P.H., Roediger, L., Joris, J. & Lamy, M. (1995). *Regional Anesthesia*. 20(2), 145-151.
- Fell, D., Derbyshire, D.R., Maile, C., Larsson, I.M., Ellis, R., Achola, K.J. & Smith, G. (1985). Measurement of plasma catecholamine concentrations: an assessment of anxiety. *British Journal of Anesthesia*. 57, 770-774.

- Green, M.L., Green, R.G. & Santoro, W. (1988). Daily relaxation modifies serum and salivary. Immunoglobulins and psychophysiologic. Symptom severity. *Biofeedback and Self-Regulation*. 13,187-189.
- Greene, P.G., Zeichner, A., Roberts, N.L., Callahan, E.J. & Granados, J.L. (1989). Preparation for cesarean delivery: a multicomponent analysis of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57, 484-487.
- Holden-Lund, C. (1988). Effects of relaxation with guided imagery on surgical stress and wound healing. *Research in Nursing and Health*. 11, 235-244.
- Jakobsen, C. & Bloom, L. (1989). Pre-operative assessment of anxiety and measurement arterial plasma catecholamine concentrations. The effect of oral B-adrenergic blockade with metoprolol. *Anesthesia*. 44, 249-253.
- Johnson, J.E., Fuller, S.S., Endess, M.P. & Rice, V.H. (1978). Altering patients responses to surgery: an extension and replication. *Research in Nursing and Health*. 1, 111-121.
- Johnston, M. (1980). Anxiety in surgical patients. *Psychological Medicine*. 10, 145-152.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lichter, J.L., Johanson, C.E., Mhoon, D., Faure, E., Hassan, E. & Roizen, M. (1987). Preoperative anxiety: does anxiety level the afternoon before surgery predict anxiety level just before surgery. *Anesthesiology*. 67, 595-599.
- Linn, B.S., Linn, M.W. & Klimas, N.G. (1988). Impact of preoperative stress in immune function and surgical outcomes in head and neck cancer patients. *Psychosomatic Medicine*. 50, 201.
- López-Roig, S., Pastor, M.A. & Rodríguez-Marín, J. (1993). Programas de preparación psicológica para cirugía. Em F.X. Méndez, D. Macià & J. Olivares Rodríguez (Eds.). *Intervención conductual en contextos comunitarios. Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Meichenbaum, D. & Cameron, R. (1972). *Stress inoculation: A skills training approach to anxiety management*. Manuscrito inédito, University of Waterloo.
- Melamed, B.G. & Siegel, L.J. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 43, 511-521.
- Miller, S.M. & Mangan, C.E. (1983). Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: should the doctor tell all?. *Journal of Personality and Social Psychology*. 45, 223-236.

- Moix, J. (1990). Factores que inciden en la ansiedad prequirúrgica. *Revista de Psicología de la Salud*. 2, 3-12.
- Moix, J., Casas, J.K., López, E., Quintana, C., Ribera, C. & Gil, A. (1993). Facilitación de la recuperación postquirúrgica a través del suministro de información y del apoyo psicológico. *Control de Calidad Asistencial*. 8: 13-17.
- Nisbet, H., Norris, W. & Brown, J. (1963). Objective measurement of sedation VI: The measurement and interpretation of electrical changes in the skin. *British journal of Anaesthesia*. 39, 798-805.
- Pickett, C. & Clum, G.A. (1982): Comparative treatment strategies and their interaction with locus of control in the reduction of post-surgical pain and anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50, 439-441.
- Pinto, R.P. & Hollandsworth, J.G. (1989). Using videotape modeling to prepare children psychologically for surgery: Influence of parents and costs versus benefits of providing preparation services. *Health Psychology*. 8, 79-85.
- Schindler, B.A., Shook, J. & Scharz, G.M. (1989). Beneficial effects of psychiatric intervention on recovery after coronary artery bypass graft surgery. *General Hospital Psychiatry*. 11, 358-365.
- Schultz, J.H. & Luthe, W. (1959). *Autogenic training: A psychophysiological approach to psychotherapy*. Nueva York: Grune y Stratton.
- Simpson, K.H. & Stakes, A.F. (1987). Effect of anxiety on gastric emptying in preoperative patients. *British Journal of Anaesthesia*. 59, 540-544.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.I. & Lushene, R. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Turkington, C. (1987). Help for the worried well. Psychological intervention cuts medical hospital cost and helps people feel better. *Psychology Today*, agosto. 44-48.
- Viney, L.L., Clarke, A.M., Bunn, T.A. & Benjamin, Y.N. (1985). The effect of a hospital-based counseling service on the physical recovery of surgical and medical patients. *General Hospital Psychiatry*. 7, 294-301.
- Vögele, C. & Steptoe, A. (1986). Psychological and subjective stress responses in surgical patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 205-215.
- Volicer, B.J. & Bohannon, M.A. (1975). A Hospital Stress Rating Scale. *Nursing Research*. 11, 213-218.
- Wells, J.K., Howard, G.S., Nowlin, W.F. & Vargas, M.J. (1986). Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: effects of stress inoculation procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54 (6), 831-835.

- Williams, J., Jones, J. & Williams, B. (1975). The chemical control of preoperative anxiety. *Psychophysiology*. 12, 46-49.
- Zachariae, E, Kristensen, J.S, Hokland, P., Ellegaard, J., Metze, E. & Hokland, M. (1990). Effect of psychological intervention in the form of relaxation and guided imagery on cellular immune function in normal healthy subjects. *An overview. Psychotherapy and Psychosomatics*. 54, 32-39.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Nursing Research*. 11, 213-218.

Recebido em 10/10/00

Revisado em 22/11/00

Aceito em 01/12/00