



Psicologia: Reflexão e Crítica

ISSN: 0102-7972

prcrev@ufrgs.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Brasil

Santos, André Faro; Santos, Lidianne dos Anjos; Melo, Daniela Oliveira; Alves Júnior, Antônio
Estresse pré-operatório: comparação entre pacientes do SUS e conveniados
Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 22, núm. 2, 2009, pp. 269-276
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18815252011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Estresse Pré-operatório: Comparação entre Pacientes do SUS e Conveniados

Comparative Study about Preoperative Stress on Patients Attended by the National Health System and Private Health Care Plans

André Faro Santos^{*a}, Lidiane dos Anjos Santos^b,
Daniela Oliveira Melo^c & Antônio Alves Júnior^c

^aUniversidade Federal da Bahia, ^bFaculdade Pio Décimo & ^cUniversidade Federal de Sergipe

Resumo

A pesquisa comparou os índices de estresse em 60 pacientes internados para a realização da cirurgia de colecistectomia, sendo 30 do Sistema Único de Saúde (SUS) e 30 de convênios. Utilizou-se o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp e dois questionários: um sociodemográfico e outro sobre variáveis clínicas relativas à cirurgia. Os resultados mostraram que mais pacientes do grupo SUS tiveram estresse (93,3%) em relação ao grupo dos conveniados (33,3%; $p<0,05$). Como variáveis que apresentaram diferença estatística em relação ao estresse, encontrou-se que: o sexo feminino, não ter realizado a consulta pré-anestésica e possuir escolaridade em nível fundamental foram fatores que estiveram relacionados ao estresse na amostra total ($p<0,05$), destacando-se que todos estes tiveram maior frequência no grupo SUS ($p<0,05$).

Palavras-chave: Estresse; cirurgia; Sistema Único de Saúde (SUS); acompanhamento dos cuidados de saúde.

Abstract

This research compared the rates of stress in 60 patients interned for undergoing cholecystectomy surgery. 30 were treated by the National Health System (BR) and 30 by private health care plans. The instruments used for the research were the Lipp's Inventory of Stress Symptoms for Adults and two questionnaires: a social-demographic questionnaire and one on clinical variables related to the surgery. The results showed that more patients from the National Health System (BR) group were under stress (93.3%) in comparison to those from private health care plans (33.3%) ($p<0.05$). The variables which showed statistical differences in terms of stress were: being female, not having attended to preanesthetic evaluation and not having a basic school education level. Those factors had a relation to stress in the overall sample ($p<0.05$), highlighting the fact that all of those factors had a higher incidence in the National Health System (BR) group ($p<0.05$).

Keywords: Stress; surgery; National Health System (BR); continuity of patient care.

O estresse vem sendo destacado entre os modelos explicativos do processo de saúde-doença, estando amplamente divulgado na mídia leiga e na comunidade científica. Apon-tado como um importante fator para o desencadeamento de uma série de doenças, o estresse é pesquisado na sua relação com o desenvolvimento de variadas patologias, como também na compreensão dos níveis de adaptação do indivíduo a um dado contexto (Cohen et al., 2002; Gee & Payne-Sturges, 2004; Steptoe et al., 2003).

Em sua conceituação, entende-se o estresse como uma reação psicofisiológica de alta complexidade, denotando a necessidade de o organismo lidar com algo que ameaça a sua homeostase ou equilíbrio interno. Estas reações podem

surgir quando a pessoa se depara com algo que a irrita, cause medo, excite ou confunda, tanto com o caráter de prazer ou de desprazer exacerbado (Lipp, 2003; Schwarzer & Schulz, 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), o estresse está dividido em quatro fases: alerta, resistência, quase-exaustão e 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 alerta é considerada a resposta inicial ante o estressor, na qual é desencadeada uma série de reações para a sobrevivência orgânica, dentre elas aumento da pressão arterial, tensão muscular, diminuição dos linfócitos T, entre outros (Lipp, 2003; Schwarzer & Schulz, 2003). A fase da resistência acontece quando há a persistência do estressor, predominando a reação passiva na busca pela

* Endereço para correspondência: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pós-Graduação em Psicologia, Estrada de São Lázaro, 197, Salvador, BA, Brasil, CEP 40210-730. E-mail: andrefaro@superig.com.br

adaptação, com o aumento dos índices de cortisol no organismo (Segerstrom & Miller, 2004; Selye, 1954). Alguns sintomas desta fase são: a hipertensão arterial (Phillips, Carroll, Ring, Sweeting, & West, 2005), a dificuldade de cicatrização (Broadbent, Petrie, Alley, & Booth, 2003) e o comprometimento do sistema imunológico (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002).

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 na fase de exaustão. A exaustão caracteriza-se pela impossibilidade de resistência ao estressor e o surgimento de patologias orgânicas e psicológicas graves que, quando permanecem atuando por um fracasso adaptativo, suas conseqüências podem levar à morte. São patologias observadas na exaustão: doenças cardíacas (Matthews, Zhu, Tucker, & Whooley, 2006), auto-imunes (Stowell, McGuire, Robles, Glaser, & Kiecolt-Glaser, 2003), gastrintestinais (Blanchard & Keefer, 2003) e a depressão (Schrader, Cheok, Hordacre, & Guiver, 2004).

Segundo Sebastiani e Maia (2005), o procedimento cirúrgico, apesar dos avanços tecnológicos alcançados, gera diversos tipos de reação emocional em que o paciente percebe seu futuro como incerto e variados medos surgem (dor, incapacitação e morte), 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.

Tratando-se de cirurgias, a colecistectomia consiste na extração da vesícula biliar, estando como um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo (Milcent, Santos, & Bravo Neto, 2005). A litíase biliar, ou colelitíase, é a causa mais freqüente para a realização desta cirurgia, sendo diagnosticada através da presença de cálculos na vesícula biliar, a partir de queixas de fortes dores abdominais e intolerância a alimentos gordurosos (Maciel & Ferrari, 2001). A prevalência desta doença aumenta conforme a idade e é maior no sexo feminino (aproximadamente o dobro da masculina), mantendo esta predominância na população submetida à colecistectomia (Torres et al., 2005).

Sobre a prevalência da litíase biliar, Coelho, Frare e Arce (1991), por meio de avaliação ultra-sonográfica, estimaram que 14,8% da população de Curitiba possuíam cálculos vesiculares. Já Torres et al. (2005), também através de exames ultra-sonográficos, encontraram uma prevalência de 18,4% para a litíase biliar em pacientes ambulatoriais no Maranhão. Apesar de não terem sido constatadas pesquisas que apontem a prevalência da colelitíase em Sergipe, segundo dados do SUS (Sistema Único de Saúde), de janeiro a dezembro de 2007 realizaram-se 1.166 colecistectomias neste estado, tendo o registro de 9.857 cirurgias deste tipo nos últimos 10 anos. Em números nacionais, de janeiro a dezembro de 2007, 120.411 colecistectomias foram realizadas através do serviço público de saúde do país (SUS, 2008).

Embora se estime que cerca de nove milhões de brasileiros com mais de 20 anos de idade apresentam colelitíase, sendo possíveis candidatos à colecistectomia (Crawford, 1999), não foram encontradas pesquisas, em âmbito nacional, que objetivassem mensurar o estresse na colecistectomia. Portanto, pelo fato da colecistectomia ser o tratamento padrão para a litíase biliar (Torres et al., 2005), uma doença de elevada prevalência (Coelho et al., 1991; Crawford, 1999; Milcent et al., 2005), conhecer o perfil psicológico dos pacientes que estão no pré-operatório desta cirurgia pode favorecer a implementação de ações que visem à promoção de saúde nesse contexto específico.

Assim, em vista do que foi exposto, o presente estudo objetivou comparar o estresse no pré-operatório de colecistectomia em dois grupos: pacientes atendidos pelo SUS e por planos de saúde particulares, os convênios.

Método

Participantes

O estudo foi realizado em quatro hospitais da cidade de Aracaju (SE), com uma amostra de 60 pacientes, de ambos os sexos, no pré-operatório de colecistectomia. Para manter o anonimato dos participantes, o nome das instituições foi codificado através de letras do alfabeto. Desta forma, a amostra dividiu-se em 30 pacientes atendidos pelo SUS, entrevistados em dois hospitais públicos (20 pacientes no hospital A e 10 no B) e 30 atendidos por diversos convênios, estes em dois hospitais particulares (11 pacientes no hospital C e 19 no D). Ressalta-se que a seleção dos participantes caracterizou-se por ser uma amostragem não-probabilística, de caráter intencional.

Instrumentos

Para a coleta dos dados utilizou-se um questionário sociodemográfico contendo as seguintes variáveis: assistência à saúde (SUS ou convênios), sexo, estado civil, idade, escolaridade, religião, local de residência, ocupação e se já tinha realizado cirurgias anteriormente. Também foi aplicado um questionário contendo variáveis clínicas, foram elas: doenças concomitantes à litíase biliar, tempo de marcação da cirurgia (entre 1 e 30 dias) e ter passado pela consulta pré-anestésica.

Para mensuração do estresse, utilizou-se o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). Este instrumento é composto por três quadros (Q) que se referem às quatro fases do estresse, divididos de forma temporal em sintomas das últimas 24 horas (Q1–15 sintomas da fase de alerta), última semana (Q2–15 sintomas da fase de resistência e quase-exaustão) e último mês (Q3–23 sintomas da fase de exaustão). A sintomatologia é dividida em física e psicológica, correspondentes às manifestações mais freqüentes do estresse. O diagnóstico do estresse no ISSL é dado a partir da soma dos sintomas de cada quadro do inventário, sendo que ao ultrapassar o número limite em uma fase específica (Q1>6; Q2>3 ou >9; Q3>8), é indi-

cado o diagnóstico positivo do estresse, a fase e a sintomatologia predominante (Lipp, 2000).

Procedimentos

Em observância à legislação em pesquisa com seres humanos, esta pesquisa teve sua aprovação pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe e obteve-se o consentimento dos participantes antes da entrevista.

Para a efetivação da coleta de dados, contatou-se os hospitais e foi solicitada a lista de todos os pacientes que seriam internados para realizar a cirurgia de colecistectomia na semana posterior. De posse dos dados sociodemográficos, eram pré-selecionados os pacientes que atendiam os critérios de inclusão: estar entre 18 e 55 anos de idade, ter a sua cirurgia marcada em até um mês antes da sua realização, fazer somente a cirurgia de colecistectomia e não possuir alterações psiquiátricas que pudessem interferir na coleta dos dados. Tendo a cirurgia confirmada, a entrevista foi executada durante o pré-operatório imediato, entre três e quatro horas antes da cirurgia, já no internamento hospitalar.

As respostas obtidas acerca dos dados sociodemográficos e referentes ao processo cirúrgico foram analisados com o auxílio do programa SPSS (Versão 11.5). Para a análise estatística utilizaram-se os testes do *Qui-quadrado* (χ^2) e o *t* de Student (*t*), sendo os índices considerados significativos quando $p < 0,05$.

Resultados

Dentre os 60 participantes do estudo, o perfil sociodemográfico predominante foi de pacientes do sexo feminino (78,3%), casados (50,0%), com idade média de 39,4 anos ($DP=10,77$). Houve um maior número de indivíduos com escolaridade em nível fundamental (35%) ou médio (35,0%), católicos (83,3%), residentes em Aracaju (SE) (58,3%) e com emprego formal (55,0%). No geral, os pacientes aguardaram 15,4 dias entre a marcação e o dia da cirurgia ($DP=10,38$), não apresentavam doenças concomitantes à litíase biliar (66,0%) e a colecistectomia não era o primeiro procedimento cirúrgico ao qual seriam submetidos (65,0%).

A respeito da consulta pré-anestésica, percebeu-se que esta característica delineava-se de forma clara entre os grupos: 100% os pacientes do SUS não efetuaram a consulta pré-anestésica antes da cirurgia e, por outro lado, 100% dos pacientes dos convênios consultaram-se anteriormente com o anestesista.

Na amostra total, 63,3% tiveram estresse, sendo classificados de acordo com distintas fases, a saber: resistência (63,2%), exaustão (31,6%) e quase-exaustão (5,2%). Os pacientes que apresentaram estresse exibiram principalmente a sintomatologia psicológica (89,5%), com uma maior incidência dos sintomas: pensar constantemente em um só assunto (100%), diminuição da libido (100%) e irritabilidade excessiva (90,5%), todos estes ocorrendo, pelo menos, na semana anterior à cirurgia.

Considerando-se a divisão da amostra total segundo o tipo de assistência à saúde, ou seja, SUS (50,0%) e convênios (50,0%), efetuaram-se testes estatísticos para detectar as variáveis associadas ao estresse diante da cirurgia. Neste sentido, o resultado do *Qui-quadrado* apontou que cinco variáveis não tiveram diferença estatística (estado civil, religião, residência, ter realizado cirurgias anteriores e doenças concomitantes) ($p > 0,05$). Com o *t* de Student, o tempo para a marcação da cirurgia e idade também não apresentaram significância estatística ($p > 0,05$). Entretanto, cinco variáveis foram estatisticamente significativas, denotando relação com o diagnóstico do estresse, são elas: assistência à saúde [$\chi^2 (1)=25,97$; $p < 0,001$], sexo [$\chi^2 (1)=11,58$; $p < 0,001$], escolaridade [$\chi^2 (3)=20,35$; $p < 0,001$], ocupação [$\chi^2 (2)=12,81$; $p < 0,001$] e consulta pré-anestésica [$\chi^2 (1)=23,25$; $p < 0,001$] (Tabela 1).

Como pode ser observado na Tabela 1, houve o predomínio do sexo feminino entre os que tiveram estresse e, particularmente, todos os pacientes que tinham escolaridade em nível fundamental tiveram estresse. Por fim, os indivíduos que exerciam como principal ocupação as atividades de casa e não realizaram a consulta pré-anestésica apresentaram o diagnóstico de estresse com maior frequência.

A respeito da assistência à saúde, observou-se que a maioria dos pacientes do SUS apresentaram estresse (93,3%). Entre os que tiveram estresse neste grupo, predominou a fase de resistência (64,3%) e sintomatologia psicológica (92,9%). Nos convênios, 33,3% dos pacientes apresentaram estresse, também com um maior número de indivíduos na fase de resistência (60,0%) e exibindo, principalmente, sintomas psicológicos (80,0%). Na Figura 1 estão relacionados os percentuais para o diagnóstico de estresse e as fases em que os pacientes, conforme amostra total e por grupos, encontravam-se no momento da coleta de dados.

Fazendo-se a análise das variáveis sociodemográficas e clínicas segundo o tipo de assistência à saúde, encontrou-se que os pacientes do SUS aguardaram em média 17,9 dias para a realização da cirurgia ($DP=10,67$). Em relação ao sexo, neste grupo houve o predomínio do feminino (96,7%) e a média de idade foi de 34,5 anos ($DP=10,53$). Prevaleceu, entre estes, o status de casado (31,3), católicos (83,3%), com o predomínio do ensino fundamental (66,7%) e pacientes empregados (50,0%), seguido dos que realizavam atividades de casa (43,3%).

Entre os pacientes do SUS encontrou-se que 63,3% não possuíam outras doenças diagnosticadas, 70,0% estava passando pela primeira vez por uma cirurgia e nenhum deles realizara a consulta pré-anestésica (0%).

Quanto aos pacientes dos convênios, estes aguardaram em média 12,9 dias para a realização da cirurgia ($DP=9,61$), com a predominância de indivíduos do sexo feminino (60,0%), casados (66,7%), católicos (83,3%), com a idade média de 35,4 anos ($DP=11,72$). O ensino médio foi mais frequente entre os pacientes convênios (53,3%) e, no quesito ocupação, predominou pacientes que estavam empregados formalmente no período da coleta de dados (60,0%). Em 70,0% dos pacientes não havia o diagnóstico

Tabela 1

Variáveis Sociodemográficas e Clínicas com Diferença Estatística em Relação ao Diagnóstico do Estresse - Amostra Total

Variáveis*		Estresse			
		Sim		Não	
		N (38)	%	N (22)	%
Assistência à saúde	SUS	28	93,3	2	6,7
	Convênios	10	33,3	20	66,7
Sexo	Masculino	3	23,1	10	76,9
	Feminino	35	74,5	12	25,5
Escolaridade	Não alfabetizado	2	40,0	3	60,0
	Fundamental	21	100,0	0	0
	Médio	11	52,4	10	46,7
	Superior	4	30,8	9	69,2
Ocupação	Emprego formal	16	48,5	17	51,5
	Atividades de casa	14	82,4	3	17,6
	Desempregados	8	80,0	2	20,0
Consulta pré-anestésica	Sim	10	33,3	20	66,7
	Não	28	93,3	2	6,7

Nota.* Todas as variáveis com diferença estatisticamente significativa em $p < 0,05$ pelo teste do Qui-quadrado.

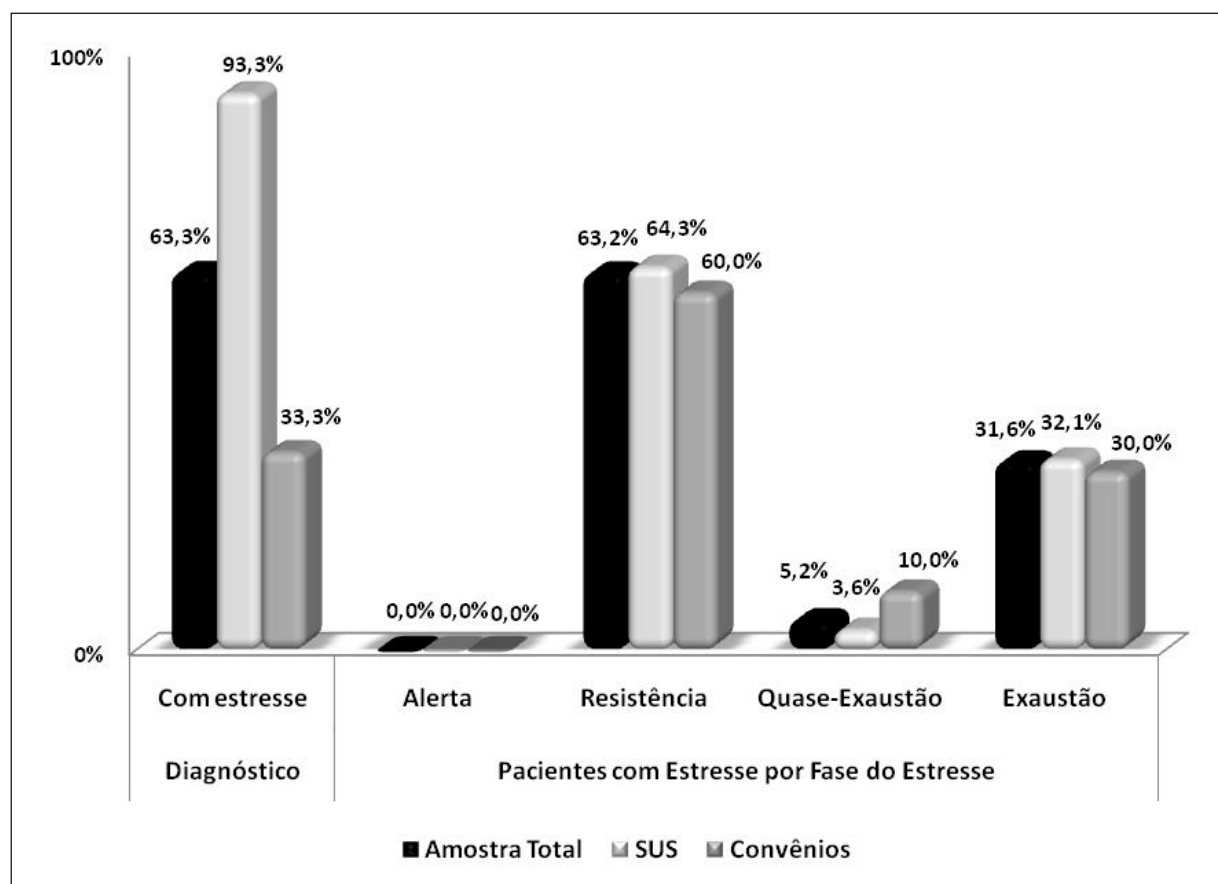


Figura 1. Diagnóstico e fases do estresse em pacientes no pré-operatório de colecistectomia segundo a amostra total, SUS e convênios

de outras doenças e 40,0% deles estava realizando a primeira cirurgia de sua vida. Todos os conveniados haviam feito a consulta pré-anestésica (100%).

Na análise estatística acerca da equivalência entre os grupos SUS e convênios, cinco variáveis não tiveram diferença estatística ($p>0,05$) no teste do *Qui-quadrado* (estado civil, residência, religião, ter realizado cirurgias anteriores e doenças concomitantes). A idade e o tempo de marcação para a cirurgia, estas feitas através do *t* de Student, também não tiveram diferença ($p>0,05$). Como variáveis que apresentaram diferença estatística segundo o tipo de assistência à saúde ($p<0,05$), detectou-se que o sexo feminino [χ^2 (1)=11,88; $p<0,001$], escolaridade fundamental [χ^2 (3)=29,38; $p<0,001$], exercer atividades de casa [χ^2 (2)=11,20; $p<0,05$] e a ausência da consulta pré-anestésica [χ^2 (1)=60,00; $p<0,001$] prevaleceram no perfil dos pacientes do SUS.

Discussão

A partir da análise da amostra total constatou-se que a maioria dos pacientes apresentou estresse no pré-operatório da cirurgia de colecistectomia. Estudos ligados ao estresse em cirurgias de grande porte têm demonstrado esta relação (Machado & Caramalho, 2003; Montgomery & Bovbjerg, 2004; Santos, 2004; Schrader et al., 2004; Souza, 2004); contudo, na colecistectomia, considerada de médio porte (Dias, Bittencourt, Cavicchio, Figueiredo, & Simões, 2000), a ocorrência do diagnóstico também foi detectada. Deste modo, o referido achado corrobora com a perspectiva de Sebastiani e Maia (2005), ao destacarem que qualquer cirurgia invoca uma série de mobilizações afetivas para lidar com a ansiedade e estresse da situação, reforçando a concepção de que mesmo cirurgias consideradas menores podem causar importante repercussão emocional nos pacientes (Krohne & Slangen, 2005; Shelley & Pakenhan, 2007).

No tocante ao perfil do estresse, constatou-se o predomínio de pacientes na fase de resistência, a qual, por suas características sintomáticas e patogênicas, pode vir a comprometer a evolução do processo cirúrgico. Sobre as reações ao estresse que podem interferir na cirurgia, alguns estudos apontaram que níveis avançados de estresse podem comprometer a recuperação no pós-cirúrgico, suscitando o aparecimento de comorbidades e complicadores na recuperação dos pacientes (Kiecolt-Glaser et al., 2005; Montgomery & Bovbjerg, 2004).

A fase de resistência se caracteriza, basicamente, pela busca da homeostase através da utilização do quantum energia vital do indivíduo. Ela é considerada a mais demorada das fases, tendo em vista a passividade no consumo de reservas adaptativas no combate ao estressor (Lipp, 2003; Segerstrom & Miller, 2004; Selye, 1954). A resistência tem como principal repercussão endócrina o excesso de cortisol no organismo (Schwarzer & Schulz, 2003), com efeitos colaterais já conhecidos, tais como: a inibição dos linfócitos, acentuada dificuldade no combate a infecções, retardamento

na cicatrização de feridas e a diminuição de sinais inflamatórios (Broadbent et al., 2003; Cohen, Miller, & Rabin, 2001; Kiecolt-Glaser et al., 2002; Segerstrom & Miller, 2004). No processo cirúrgico, entende-se que todas estas reações adversas podem interferir na capacidade do organismo em lidar com o trauma cirúrgico, além de influenciar no pós-operatório, o que torna a resistência uma fase crítica com relação ao estresse cirúrgico.

Em relação à principal sintomatologia apresentada pelos pacientes, notou-se a maior incidência de sintomas psicológicos. Desta forma, entende-se que o tipo e quantidade de sintomas apresentados no pré-operatório de colecistectomia podem ser uma via de detecção do estresse em níveis avançados nestes pacientes. Partindo-se deste achado, corrobora-se a perspectiva de Lipp (2003) ao salientar que é essencial detectar a área de maior vulnerabilidade do indivíduo, pois auxilia na elaboração de ações visando o manejo do estresse, já que é levada em consideração a predisposição de apresentarem mais sintomas de determinada natureza, seja emocional ou física.

Entre os participantes que compuseram a amostra total, o sexo feminino teve uma maior ocorrência de estresse. Este dado suporta os resultados de outras pesquisas que relataram que o estresse parece ser mais freqüente em mulheres, tais como em estudos realizados em ambientes ocupacionais (Areias & Guimarães, 2004; Iwasaki, MacKay, & Ristock, 2004), em contextos escolares (Calais, 2003; Calais, Andrade, & Lipp, 2003), e em uma pesquisa sobre a prevalência do estresse em Pelotas (RS) (Sparrenberger, Santos, & Lima, 2003).

Sobre o estresse e o sexo feminino, há dados que apontam que as mulheres apresentam menores taxas de mortalidade; porém, paradoxalmente são observados maiores índices de depressão, transtornos psiquiátricos, algumas doenças crônicas e estresse em relação aos homens (Denton, Prus, & Walters, 2004; Garduño & Márquez, 1995). Neste sentido, acredita-se que estes índices possam ser originados pelas demandas e obrigações sociais diferenciadas entre os gêneros (Rocha & Debert-Ribeiro, 2001), o que extrapola o contexto cirúrgico, sugerindo que as mulheres parecem estar mais expostas ao estresse tanto pela suas características biológicas, como pela constituição subjetiva que a sociedade designa para o papel feminino (Calais, 2003). Portanto, supõe-se a existência de uma demanda específica das mulheres que vão submeter-se à colecistectomia, pois, além de ser uma cirurgia que ocorre com maior freqüência no sexo feminino, está permeada por outras demandas psicossociais que influenciam o processo cirúrgico.

Também se verificou que os participantes que tinham escolaridade em nível fundamental apresentaram estresse com maior freqüência. Sobre a escolarização, já é conhecido que o acesso à informação é uma ação que minimiza o estresse cirúrgico (Kiyohara et al., 2004), além de que pessoas com maiores índices de escolaridade denotam menor vulnerabilidade ao estresse (Costa & Lurdemir, 2005; Sparrenberger et al., 2003). Assim, acredita-se que não

somente a quantidade de informações disponibilizadas sobre a cirurgia seria um aspecto importante, mas o avanço nos anos de escolarização soma-se a esta condição, possivelmente possibilitando uma nova leitura da sua realidade e o desenvolvimento de recursos para lidar com o estresse.

Quanto ao tipo de ocupação e a cirurgia, considerando que as mudanças de cotidiano suscitam diversos níveis de adaptação por parte do indivíduo, a interrupção do trabalho e a interferência na rotina familiar podem ser fatores propulsores do estresse (Paschoal & Tamayo, 2005; Prottas & Thompson, 2006). Logo, pelo fato das pessoas que exerciam atividades de casa terem sido mais suscetíveis ao estresse, conclui-se que se submeter a um processo cirúrgico pode ter surgido como uma quebra de rotina em responsabilidades profissionais e/ou de cuidador doméstico, visto que o cotidiano é alterado em virtude da necessidade de um tratamento que, por algum tempo, impede a realização de determinadas atividades.

No tocante à assistência à saúde, os dois grupos foram equivalentes na maioria das variáveis; porém, os pacientes do SUS mostraram-se mais vulneráveis ao estresse em comparação aos dos convênios. Como características sociodemográficas do grupo SUS, foram mais frequentes indivíduos do sexo feminino, com a escolaridade em nível fundamental e que exerciam atividades de casa. Partindo-se deste achado, percebeu-se que as variáveis que influenciaram a frequência do estresse na amostra total concentraram-se como características dos pacientes do SUS, reforçando que o entendimento das variáveis psicossociais na incidência do estresse é um fator relevante. De tal modo, analisando o tipo de assistência à saúde em relação ao estresse, salienta-se que o entendimento dos fatores psicológicos e sociais (inclusive os recursos materiais) que compõem a assistência ao paciente fornece uma perspectiva ampliada dos motivos facilitadores do estresse diante da cirurgia.

Mesmo sendo um aspecto considerado importante na rotina de avaliação durante o pré-operatório de diversas cirurgias (Kiyohara et al., 2004), no SUS a avaliação do anestesista não fazia parte do protocolo para o atendimento ao paciente cirúrgico de colecistectomia, ao contrário do que foi observado junto aos pacientes dos convênios, onde todos realizaram a consulta. A consulta pré-anestésica é relacionada na literatura médica como uma ação considerada básica para na avaliação pré-operatória, possibilitando o esclarecimento acerca da anestesia, cujo conceito difundido na população tende a associar-se à morte, à incapacidade ou ser a etapa mais crítica durante a cirurgia (Brentano & Leite, 2003).

Relativo ao contato prévio com o anestesista, Souza (2004) mencionou que o atendimento prestado no pré-operatório pode ser considerado como uma ação terapêutica na prevenção do estresse, pois gera benefícios em todo o processo cirúrgico. A consulta com o anestesista qualifica o atendimento prestado ao paciente (Oliveira, Mendes, & Oliveira, 2003), característica não observada em relação à cirurgia de colecistectomia no SUS e que foi um

diferencial quanto ao fato de ter ou não estresse entre os participantes.

Segundo Sebastiani e Maia (2005), existe certo conhecimento de como pode evoluir a correlação entre o estado emocional do paciente e o processo operatório: tensão e ansiedade no pré-operatório estão ligadas a um maior risco para depressão, menor aderência ao programa de reabilitação e outras intercorrências no pós-operatório. Assim sendo, quanto menor a potência do estresse, mais provável será uma adaptação salutar ao evento cirúrgico que, por si só, demanda diversas capacidades de adaptação emocional e orgânica ao trauma cirúrgico. Presume-se, então, que intervir sobre o processo de saúde-doença na cirurgia de colecistectomia pode viabilizar uma maior sensação de segurança e bem-estar para os pacientes, iniciando-se no pré-operatório, com a inserção da consulta pré-anestésica no protocolo de assistência do SUS, e prolongando-se da internação ao retorno às atividades.

Por fim, destaca-se que uma das limitações deste estudo foi a não continuidade no acompanhamento dos pacientes no pós-operatório em virtude das próprias características da colecistectomia, em que a alta se dá geralmente no dia seguinte à cirurgia e diversos pacientes residiam em cidades no interior do estado. Sugere-se, portanto, que novas pesquisas busquem evidenciar o estresse numa perspectiva longitudinal em cirurgias de médio e pequeno porte, visto que são as mais frequentemente realizadas.

Outras limitações foram o caráter intencional de seleção dos participantes e a equivalência dos grupos que compuseram a amostra. Como não houve inicialmente a pretensão do controle de algumas variáveis sociodemográficas, a variável sexo distribuiu-se de forma extremamente desigual segundo o tipo de assistência à saúde, o que implica em uma maior cautela ao se interpretar a relação entre o sexo e a ocorrência do estresse em outros contextos de estudo. Posto que este fato merece maiores esclarecimentos, recomenda-se, na continuidade destas investigações, a busca pela paridade da distribuição quanto ao sexo dos pacientes. Sendo assim, considera-se que estes achados restringem algumas conclusões, embora sejam relevantes dentro dos objetivos propostos e do ambiente pesquisado.

Frente ao que foi exposto, acredita-se que atuar na profilaxia do estresse e suas comorbidades em relação ao processo cirúrgico, uma atividade que pode ser atribuída ao psicólogo hospitalar, objetiva elaborar e integrar subjetivamente as experiências do paciente que será submetido a uma cirurgia, promovendo saúde.

Referências

- Areias, M. A. Q., & Guimarães, L. A. M. (2004). Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública de São Paulo. *Psicologia em Estudo*, 9(2), 255-262.
- Blanchard, E. B., & Keefer, L. (2003). Irritable bowel syndrome. In A. M. Nezu, C. M. Nezu, & P. A. Geller (Eds.), *Handbook of psychology: Health psychology* (pp. 393-414). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Brentano, J. E., & Leite, M. T. (2003). Enfrentando a cirurgia cardíaca: A experiência do paciente. *Revista de Medicina da PUCRS*, 13(2), 131-139.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Alley, P. G., & Booth, R. J. (2003). Psychological stress impairs early wound repair following surgery. *Psychosomatic Medicine*, 65, 865-869.
- Calais, S. L. (2003). Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. In M. E. N. Lipp (Ed.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas* (pp. 87-90). São Paulo, SP: 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), 257-263.
- Coelho, J. C. U., Frare, R. C., & Arce, V. F. L. (1991). Prevalência da litíase vesicular em pacientes hospitalizados em Curitiba: Avaliação ultra-sonográfica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 37, 169-172.
- Cohen, S., Hamrick, N., Rodriguez, M. S., Feldman, P. J., Rabin, B. S., & Manuck, S. B. (2002). Reactivity and vulnerability to stress-associated risk for upper respiratory illness. *Psychosomatic Medicine*, 64, 302-310.
- Cohen, S., Miller, G. E., & Rabin, B. S. (2001). Psychological stress and antibody response to immunization: A critical review of human literature. *Psychosomatic Medicine*, 63, 7-18.
- Costa, A. G., & Lurdemir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: Estudo em comunidade rural da zona mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 73-79.
- Crawford, J. M. (1999). O fígado e o trato biliar. In R. S. Cotran, V. Kumar, & T. Collins (Eds.), *Robbins: Patologia estrutural e funcional* (pp. 800-807). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara-Koogan.
- Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004). Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58(12), 2985-2600.
- Dias, D. L., Bittencourt, L. A. K., Cavicchio, J. R., Figueiredo, M. J., & Simões, A. M. (2000). Importância e fundamentos da avaliação pré-operatória para pacientes submetidos a cirurgia não-cardíaca: Quem deve ser avaliado e quem deve avaliar. *Revista da Sociedade de Cardiologia*, 10(3), 259-267.
- Garduño, M. A., & Márquez, M. S. (1995). El estrés en el perfil de desgaste de las trabajadoras. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(1), 65-71.
- Gee, G. C., & Payne-Sturges, D. C. (2004). Environmental health disparities: A framework integrating psychosocial and environment concepts. *Environmental Health Perspectives*, 112(17), 1645-1653.
- Iwasaki, Y., MacKay, K. J., & Ristock, J. (2004). Gender-based analyses of stress among professional managers: An exploratory qualitative study. *International Journal of Stress Management*, 11(1), 56-79.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Loving, T. J., Stowell, J. R., Malarkey, W. B., Lemeshow, S., Dickinson, S. L., et al. (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1377-1384.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: Back to the future. *Psychosomatic Medicine*, 64, 15-28.
- Kiyohara, L. Y., Kayano, L. K., Oliveira, L. M., Yamamoto, M. U., Inagaki, M. M., Ogawa, N. Y., et al. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clínicas* (São Paulo), 59(2), 51-56.
- Krohne, H. W., & Slangen, K. E. (2005). Influence of social support on adaptation to surgery. *Health Psychology*, 24(1), 101-105.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos (ISSL)*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2003). O modelo quadrifásico do stress. In M. E. N. Lipp (Ed.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas* (pp. 17-21). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Machado, A. B., & Caramalho, A. P. J. (2003). A contribuição do psicólogo em um serviço de cirurgia cardíaca: Relato de uma experiência [Resumo]. *Revista da SOCERJ*, 16 (Supl. A).
- Maciel, E. P., & Ferrari, A. P., Jr. (2001). Litíase biliar. In F. C. Prado, J. A. Ramos, & J. R. Valle (Eds.), *Atualização terapêutica: Manual prático de diagnóstico e tratamento* (pp. 464-466). São Paulo, SP: Artmed.
- Matthews, K. A., Zhu, S., Tucker, D. C., & Whooley, M. A. (2006). Blood pressure reactivity to psychological stress and coronary calcification in the coronary artery risk development in young adults study. *Hypertension*, 2, 391-395.
- Milcent, M., Santos, E. G., & Bravo Neto, G. P. (2005). Lesão iatrogênica da via biliar principal em colecistectomia videolaparoscópica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 32(6), 332-336.
- Montgomery, G. H., & Bovbjerg, D. H. (2004). Presurgery distress and specific response expectancies predict postsurgery outcomes in surgery patients confronting breast cancer. *Health Psychology*, 23(4), 381-387.
- Oliveira, A. R., Mendes, F. F., & Oliveira, M. (2003). Os clientes e a avaliação pré-operatória ambulatorial. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 53(1), 83-88.
- Paschoal, T., & Tamayo, A. (2005). Impacto dos valores laborais e da interferência familiar: Trabalho no estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 173-180.
- Phillips, A. C., Carroll, D., Ring, C., Sweeting, H., & West, P. (2005). Life events and acute cardiovascular reactions to mental stress: A cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 67, 384-392.
- Protas, D. J., & Thompson, C. A. (2006). Stress, satisfaction, and work-family interface: A comparison of self-employed business owners, independents, and organizational employees. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(4), 366-378.
- Rocha, L. E., & Debert-Ribeiro, M. (2001). Trabalho, saúde e gênero: Estudo comparativo sobre analistas de sistemas. *Revista de Saúde Pública*, 35(6), 539-547.
- Santos, D. A. (2004). A atuação do psicólogo junto a pacientes cirúrgicos com câncer de cabeça e pescoço. In W. L. Bruscatto, C. Benedetti, & S. R. A. Lopes (Eds.), *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: Novas páginas em uma antiga história* (pp. 167-176). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Schrader, G., Cheek, F., Hordacre, A., & Guiver, N. (2004). Predictors of depression three months after cardiac hospitalization. *Psychosomatic Medicine*, 66, 514-520.
- Schwarzer, R., & Schulz, U. (2003). Stressful life events. In A. M. Nezu, C. M. Nezu & P. A. Geller (Eds.), *Handbook of psychology: Health psychology* (pp. 27-50). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(Suppl. 1), 50-55.
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601-630.

- Selye, H. (1954). *Stress: A tensão da vida* (2. ed., F. Branco, Trad.). São Paulo, SP: Ibrasa.
- Shelley, M., & Pakenhan, K. (2007). The effects of preoperative preparation on postoperative outcomes: The moderating role of control appraisals. *Health Psychology*, 26(2), 183-191.
- Sistema Único de Saúde. (2008). *Procedimentos hospitalares do SUS por local de residência*. Brasília, DF: Autor. Retrieved from DATASUS database.
- Souza, R. H. S. (2004). *Sentimentos e percepções do cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.
- Sparrenberger, F., Santos, I., & Lima, R. C. (2003). Epidemiologia do distress psicológico: Estudo transversal de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 434-439.
- Steptoe, A., Kunz-Ebrecht, S., Owen, N., Feldman, P. J., Willemsen, G., Kirschbaum, C., et al. (2003). Socioeconomic status and stress-related biological responses over the working day. *Psychosomatic Medicine*, 65, 461-470.
- Stowell, J. R., McGuire, L., Robles, T., Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). Psychoneuroimmunology. In A. M. Nezu, C. M. Nezu, & P. A. Geller (Eds.), *Handbook of psychology: Health psychology* (pp. 75-98). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Torres, O. J. M., Barbosa, E. S., Pantoja, P. B., Diniz, M. C. S., Silva, J. R. S., & Czezko, N. G. (2005). Prevalência ultrasonográfica de litíase biliar em pacientes ambulatoriais. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 32(1), 47-49.