

O IMPACTO DA CIRURGIA E OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE: UMA REVISÃO

Kelly de Juan*

RESUMO

Este artigo objetiva mostrar os diferentes aspectos do impacto emocional que uma cirurgia promove. Visa também discorrer sobre os aspectos psicológicos que caracterizam o paciente cirúrgico. Fornece ainda uma alternativa para amenizar este impacto no psiquismo, através da Psicoprofilaxia Cirúrgica, uma preparação psicológica antes da cirurgia para que o paciente seja preparado e enfrente melhor o evento cirúrgico.

Palavras-chave: cirurgia; impacto psicológico; psicoprofilaxia

The impact of the surgery and the psychological aspects of the patient: a review

ABSTRACT

The purpose of this article is to point out the different aspects of the emotional impact that surgery can have, as well as those that are typically experienced. The article also suggests an alternative way to minimize these impacts. The strategy is to inform patients as a way of psychological preparation before surgery so that patients may be prepared to better face the surgical event.

Keywords: surgery, psychological impact, pre operative psychological preparation

* Psicóloga, especialista em Psicologia Hospitalar, pós-graduada em Medicina Comportamental pela UNIFESP. Coordenadora do Serviço de Psicologia do Instituto de Urologia Santa Rita.

Qualquer evento novo ou desconhecido gera nas pessoas um sentimento de ansiedade e medo. A ansiedade é a reação ao perigo ou à ameaça. Cientificamente ansiedades imediatas ou de período curto, são definidas como reações de luta e fuga. É assim denominada porque visa lutar ou fugir do perigo. Dessa maneira objetiva prioritariamente proteger o organismo. No âmbito da cirurgia, não é diferente. É possível supor que a antecipação desse evento desencadeia sentimentos potencialmente negativos baseados na avaliação cognitiva de cada indivíduo.

As avaliações cognitivas dependem dos dados de realidade que o indivíduo possui, os quais são constituídos através das experiências que teve ao longo da vida, dos significados atribuídos a estes eventos e de suas formulações sobre a cirurgia, neste caso específico.

A maneira que o paciente percebe a ameaça, no caso a cirurgia, ou seja, o significado que atribui a ela, é mais importante do que a própria cirurgia. A partir da percepção, surgem comportamentos de ajuste, os quais têm como objetivo enfrentar o estresse e a ansiedade desencadeados por este momento (Peniche, Jouclas & Chaves 1999).

Quando um paciente recebe a notícia de que terá que se submeter a um procedimento cirúrgico, automaticamente ficará focalizado nas implicações deste evento em sua vida. A doença, o diagnóstico e a necessidade da cirurgia como forma de tratamento significam que a saúde da pessoa está debilitada. Assim, o passo seguinte é se adaptar a esse contexto de forma adequada.

Fiorentino (2005) destaca que a situação cirúrgica requer que o indivíduo se reacomode e se adapte à nova situação.

A situação cirúrgica é complexa sendo, pois, um evento multideterminado, com diversas variáveis combinadas que interagem constantemente entre si.

Seguindo essa linha de raciocínio, é necessária uma visão completa do fenômeno. Existem cinco tipos de variáveis interdependentes que são observadas: as físico-químicas, as biológicas, as psicológicas, as sociais e as culturais; cada qual com suas características particulares.

É importante a avaliação da experiência vivida pelo paciente para favorecer a máxima cooperação do mesmo e promover a aderência ao tratamento para que a recuperação seja mais rápida. (Tercero, Hernandez, Luque & Morales, 2005).

Assim, de acordo com esse enfoque todo acontecimento humano é um fenômeno biopsicosociocultural. Sob esta ótica, o ato cirúrgico, considerado um evento deste nível, compreende a totalidade de fatores envolvidos, desde as reações da pessoa diante do diagnóstico, da necessidade da cirurgia, associadas ao funcionamento e à organização do ambiente e da equipe, assim como o desenvolvimento da cirurgia, as técnicas relacionadas, seus resultados e até a cultura em que o paciente está inserido interfere no fenômeno como um todo.

O paciente tem que lidar com o fato de estar doente, enfrentar a situação cirúrgica, e se reorganizar, já que existe uma ruptura em seu cotidiano. O evento cirúrgico provoca no paciente sensação de ausência de controle. Durante o procedimento, o paciente é manipulado pela equipe médica, caracterizando, pois, uma situação de dependência, a qual também deve ser elaborada pela pessoa. O paciente sente-se ameaçado, por se submeter a uma técnica invasiva.

O efeito número um da reação de ansiedade é alterar o organismo para a possível existência do perigo. Portanto, há uma mudança automática e imediata na atenção para verificar no ambiente, ameaças em potencial.

A hospitalização isolada causa estresse e este é ainda maior em pacientes cirúrgicos (Caunt, 1992; Dobree, 1990; Raddife, 1993; Suvindole, 1989 apud Garretson, 2004).

O caráter estressante do acontecimento cirúrgico depende diretamente das características da doença; sua duração, a intensidade, a gravidade, os sintomas que produz, a incapacidade que gera e a possibilidade de cura por outros meios. Pode gerar também uma dor importante, um sentimento de impotência, mudanças permanentes nas funções corporais, insegurança e alterações na qualidade de vida.

No que se refere à qualidade de vida, esta pode ser entendida enquanto fenômeno que se inter-relaciona com as diversas dimensões do ser humano e tem sido objeto de inúmeros estudos na comunidade científica.

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, considerando seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A qualidade de vida influencia e é influenciada pelo status da saúde geral do indivíduo. Trata-se de uma relação de causa e efeito, a qual interfere na interpretação do indivíduo sobre sua qualidade de vida (Mathisen et al, 2007).

Dessa forma, o evento cirúrgico e suas implicações têm relação direta com a percepção da qualidade de vida de uma pessoa. Sendo assim, tudo o que estiver ligado à cirurgia, causará mudanças na dinâmica do paciente.

Segundo Tercero et al (2005), toda e qualquer intervenção cirúrgica é uma situação crítica que expõe o indivíduo a um estresse físico e emocional. Desperta componentes pessoais complexos que se manifestam em emoções, fantasias, atitudes e comportamentos que prejudicam o desenvolvimento da prática médica (Ferraro, 2000).

Os estressores mais significativos dentro da situação cirúrgica, de acordo com Méndez, Ortigosa e Pedroche (1996) são: o diagnóstico, a doença, a dor, a hospitalização, os procedimentos médicos, o temor de não despertar da anestesia, as conseqüências da cirurgia, a perda da autonomia e a morte. Estes geram medos bem específicos.

Suporte pré-operatório e intervenções complementares durante a reabilitação maximizam a qualidade de vida do indivíduo (Mathisen et al, 2007).

Mathisen et al (2007) também ressaltam a importância de uma intervenção psicológica em casos cirúrgicos, já que contribuem para a manutenção da qualidade de vida do paciente.

Gil, Gibbons, Jeneson, Hopkins e von Gruenigen (2007) acrescentam que para aumentar o nível de qualidade de vida, as variáveis que permeiam o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico devem ser abordadas e trabalhadas. Acrescentam ainda que existe uma correlação positiva entre bem-estar físico e mental.

Para que o estresse pré-cirúrgico seja reduzido, o método mais comum e mais utilizado é a preparação psicológica, em que são fornecidos dados sobre o procedimento e sobre o comportamento a ser adotado. Intervenções psicológicas e educacionais tão se tornando cada vez mais importantes. Fazem parte do enfrentamento da situação cirúrgica (Mitchell, 2007).

Ao antecipar o ato cirúrgico, com todas as particularidades já mencionadas, é muito comum o paciente experimentar o sentimento de ansiedade. Diante da intervenção cirúrgica o paciente tem necessidade de saber e entender o que acontece e o que vai

acontecer com ele. Esta é considerada uma ansiedade funcional porque pode possibilitar reflexão, debate e busca de conhecimento.

A prática clínica e o contato com os pacientes permitem a definição de que a ansiedade se caracteriza por ser um estado emocional subjetivo, direcionada para o futuro, que gera desconforto somático subjetivo, bem como alterações somáticas manifestas.

Existe um nível de ansiedade considerado normal e positivo. São reações próprias da personalidade e sua presença não representa nenhum estado excepcional da pessoa, pelo contrário, são parte do funcionamento natural de cada um, pois atua como uma força motivadora de todas as condutas e comportamentos das pessoas. Esse tipo de ansiedade faz com que o indivíduo busque coisas, movimentando a vida das pessoas, as deixa alerta.

Porém, existe um limite. Até este ponto, a ansiedade mobiliza esses aspectos positivos e necessários mencionados anteriormente; ultrapassando esse tênue limite, a ansiedade passa a ser extremamente prejudicial ao indivíduo. O seu efeito passa a ser limitador. Impede que o indivíduo realize as coisas. É acompanhada por reações fisiológicas características, tais como: taquicardia, hiperventilação, aumento da pressão arterial, sudorese, tremor etc.; além de reações cognitivas, tais como alteração do fluxo de pensamentos, ausências (branco) etc., e reações comportamentais, nas quais o indivíduo inicia uma série de atividades e não consegue terminá-las, quando o indivíduo demonstra intensa agitação psicomotora, ou ainda quando paralisa e não consegue prosseguir suas atividades.

Não há dúvidas que a neuroendocrinologia das emoções tem correlação estreita com a percepção clínica da ansiedade e do estresse, além das mudanças fisiológicas que tornam-se detectáveis. A ansiedade é comumente e facilmente observada no paciente diante do ato cirúrgico. Este passa a ter condutas contraproducentes que dificultam o desenvolvimento do processo operatório (Peniche et al, 1999). Daí a importância de uma intervenção.

De acordo com Lopez-Roig, Pastor e Rodrigues-Marin (1993)

o aumento do nível da ansiedade coincide com a proximidade da cirurgia, caracterizando a ansiedade situacional. Os níveis de ansiedade dependem também do 'locus' de controle, ou seja, os tipos de variáveis que podem determinar a ansiedade, as quais se alteram de indivíduo para indivíduo. Garcia et al (2004) acrescentam que as

variáveis podem ser determinadas por características demográficas, a história clínica do paciente, variáveis da personalidade, tipo de funcionamento psicológico, cognitivo, afetivo e interacional, a relação médico-paciente e a própria experiência de hospitalização.

É importante identificá-las para que sejam manejadas adequadamente.

Platas (1990) diferencia três tipos de ansiedades básicas presentes ao longo da situação da cirurgia.

A primeira é a ansiedade confusional e é referente ao período pré-operatório. Existe uma desestruturação do paciente, um desequilíbrio como consequência da confusão. O paciente fica indeciso, vacilante, descoordenado etc. Existem alguns comportamentos que podem ajudar a enfrentar esta fase; são eles: ordenar, classificar, perguntar, entender, refletir, planejar, programar e controlar. Nesta etapa o ato cirúrgico em si tem um peso relativamente pequeno. É importante que o profissional forneça explicações breves de forma sensível, assim como proposto na intervenção de psicoprofilaxia.

Na fase seguinte o paciente experimenta a ansiedade paranóide. Existe uma ameaça de desestruturação por um ataque externo. As manifestações comuns são o medo, a desconfiança, o temor, e inclusive uma paralisação por pânico, uma ansiedade muito intensa. Como condutas niveladoras: a prevenção, a cautela, a indagação, a escuta e o contra-ataque. O ato cirúrgico nesta etapa tem papel central. É a característica do período operatório. Tende a decair se a equipe tem um bom vínculo com o paciente.

O período pós-operatório imediato, na sala de recuperação da anestesia, é um período em que o indivíduo fica vulnerável e bastante instável com capacidade psicológica adaptativa alterada, já que como consequência do procedimento anestésico, o processo de questionamento e busca de dados que orientam a avaliação cognitiva fica modificado; assim, medos e incertezas tendem a aumentar.

A ansiedade seguinte é a depressiva, pois existe uma ameaça de desestruturação. As manifestações mais comuns são: tristeza, aborrecimento, fadiga, insônia, impotência e euforia. Para nivelar tais manifestações, criar, trabalhar, ler, estabelecer relações sociais, comer, beber, dormir, estudar e se divertir são os comportamentos mais indicados ao paciente. Neste período a incidência do ato cirúrgico no psiquismo aumenta. O nível vai diminuindo lentamente conforme a recuperação e a elaboração do evento cirúrgico.

Platas (1990) lembra ainda que uma dessas fases predomina sobre as outras e por consequência, demandam tipos diferentes de intervenção e manejo. O profissional deve identificar qual a necessidade maior do paciente e atuar para que minimize os efeitos da fase predominante.

Para identificar em que fase está o paciente, Platas (1990) descreve atitudes e comportamentos clássicos dos pacientes a serem observados e identificados para uma atuação profissional mais adequada.

Perguntas em excesso e repetidas sobre detalhes técnicos da intervenção, dificuldades de compreensão da situação, sinais de desorientação espacial e/ou temporal, ou alterações da fala e insistência por garantir o prestígio da equipe, caracterizam o predomínio da ansiedade confusional.

Os indicativos do predomínio da ansiedade paranóide são: um tom agressivo, perguntas desafiadoras, intenção de aproximação e curiosidade por aspectos pessoais e afetivos da vida dos membros da equipe, excesso de reclamações, questionamentos, protestos e ameaças, tendência a verificar repetidamente o diagnóstico e confrontá-lo com diferentes profissionais, idealização, estabelecimento de um vínculo de adoração com um ou mais membros da equipe.

Já os comportamentos comuns do paciente com predomínio da ansiedade depressiva são os seguintes: euforia, excesso de otimismo, logorréia, e abuso de humor, tristeza acentuada, anorexia, insônia, choro intenso, autoabandono, insistência por estabelecer vínculos afetivos com algum membro da equipe e tendência a maximizar a importância da cirurgia.

A seguir, são apresentados os desencadeantes, que são situações e/ ou circunstâncias que favorecem o aparecimento de um ou outro tipo de ansiedade, mais comuns de cada etapa. Os primeiros se referem à ansiedade confusional: medidas de emergência, mudança de planos, terminologia excessivamente técnica, exagero no número de pessoas da equipe, as mudanças de pessoal da equipe, muitas prescrições medicamentosas e/ou troca de uma por outras e a complexidade do instrumental cirúrgico.

Os desencadeantes da ansiedade paranóide: todas as medidas que impliquem sofrimento e dor física, roupas cirúrgicas, entrevistas aos familiares dos pacientes sem conhecimento do paciente, atitudes autoritárias e excessivamente rígidas, a imobilização física e uso abusivo de sedativos.

O manejo da dor é significativamente favorável (Raders, Aubry, Friberg, Huygens & Koch, 2007). Um trabalho psicológico pré-cirúrgico tem sido considerado importante. Sentimentos negativos existentes nesta etapa, podem prejudicar o enfrentamento do paciente, culminando com o comprometimento de sua recuperação (Roth, Lowery, Davis & Wilkins, 2007).

Por fim, a ansiedade depressiva tem como desencadeantes a anestesia geral, a prostração e as indicações de repouso, a presença de flores, imagens e altares no quarto, falta de cores na decoração, geram despersonalização e alteram o humor do paciente, presença de religiosos, dietas alimentares muito rígidas, outros doentes dividindo o mesmo quarto, muitas pessoas no quarto ou a proibição de visitas.

Essa ansiedade se alterna com a sensação de medo e estresse. O estresse promove mudanças biológicas e fisiológicas, e por sua ação funcional pode converter-se num fator de risco diante do procedimento cirúrgico, complicando seus resultados e comprometendo a recuperação pós-operatória (Lopez-Roig, et al, 1993).

Söderman, Lisspers e Sundin (2007) mostraram que o estresse e a ansiedade pré-cirúrgica aumentam os tempos de recuperação; são obstáculos contraproducentes na reabilitação do paciente.

Foi demonstrado que quanto maior o nível de estresse de um paciente antes da cirurgia, maior é a demora do processo de cicatrização, maior a debilidade do sistema imunológico e pode mostrar-se pouco colaborador com os procedimentos médicos.

O nível de estresse pós-operatório se agrava se o paciente tem em sua história pessoal, experiência de temor ou fobia diante de enfermidades. A incidência depende também do momento atual do paciente. É um momento de crise, e como tal gera instabilidade. Para enfrentar isso o indivíduo necessita se adaptar à sua nova realidade, tarefa essa realizada pela equipe de psicologia, através da Psicoprofilaxia Cirúrgica, cujos benefícios já explorados anteriormente (Juarez, 2005).

Diante da ansiedade causada pela situação cirúrgica, a intervenção baseada na formação e na educação sobre a doença e suas implicações, assim como o tratamento proporciona um suporte emocional significativo (Rawl et al, 2002).

A Psicoprofilaxia Cirúrgica surge para amenizar o impacto provocado pela cirurgia no psiquismo do paciente. É um tipo de intervenção que prepara o paciente para lidar com o evento cirúrgico através de técnicas de enfrentamento. É importante, para o profissional

que trabalha com psicoprofilaxia cirúrgica, levar em consideração que o paciente ocupa uma posição vulnerável (Spalding, 2003).

Dessa maneira, fornecer suporte psicológico e social, é uma importante ajuda para o enfrentamento da cirurgia. Proporciona adaptação emocional e interpessoal (Chamberlain, Tulman, Coleman, Stewart & Samarel, 2006).

Rawl et al (2002) concluem que

intervenções psicológicas pré-operatórias proporcionam melhora na qualidade de vida do paciente, já que diminui riscos de depressão, diminui grau de ansiedade e aumentam o sentimento de bem-estar mental do indivíduo. É uma maneira que o paciente tem para lidar melhor com a situação em que se encontra.

Rinaldi (2001) destaca que a exploração dos fatores desencadeantes, diante da iminência da cirurgia, é relevante para que o psiquismo da pessoa reaja frente ao estressor. As características de personalidade do paciente, produto de sua história evolutiva são determinantes.

Allard (2007) concluiu que o uso de técnicas é eficiente na redução do estresse. As diferenças são significativas já que melhoram o estado emocional geral do paciente. Isso acontece porque o paciente passa a ter controle de seus sentimentos e por consequência, da situação em que se encontra.

O autor sugere que o profissional transmita o conteúdo da informação ao paciente começando do mais simples e esquemático até o mais completo e detalhado, subdividindo cada segmento de informação em sessões diferentes e progressivas.

O profissional com essa consciência, de abordar o paciente como um todo, tem mais probabilidade de atingir a eficácia em sua intervenção.

Além dos aspectos levantados, a Autora destaca a importância de avaliar a vulnerabilidade do sujeito, através da observação da maneira que recebem a notícia da necessidade da cirurgia e a localização anatômica da mesma.

Rinaldi (2001) descreve vulnerabilidade como fundamentalmente psicológica, de caráter preditivo que permite prever o nível de diminuição dos recursos psicológicos, que poderiam predispor a aparição de transtornos ou futuras enfermidades.

Em síntese, a psicoprofilaxia cirúrgica é uma alternativa que ajuda o paciente a enfrentar e aliviar sintomas e problemas específicos derivados da situação da intervenção cirúrgica e o prepara emocionalmente para a tal situação. Permite, ainda, detectar traumas produzidos por ocasião da intervenção cirúrgica, como também prevenir e diminuir os efeitos dos estressores da situação. Por fim, o processo preventivo serve como diagnóstico e prognóstico através da avaliação da vulnerabilidade do indivíduo.

Para a elaboração deste artigo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica na literatura especializada na base de dados da Pubmed, cujos textos são em inglês. Além disso, foram levantados textos básicos e livros importantes dentro da temática investigada também foram incluídos; são em sua maioria espanhóis. A literatura nacional tem necessidade de artigos e textos com esta temática, e o presente artigo tem a intenção de contribuir acrescentando informação para tornar a prática profissional congruente com as práticas internacionais mais atuais.

A Psicoprofilaxia Cirúrgica trata-se de uma nova modalidade que surge para facilitar o processo da hospitalização e da cirurgia, assim como potencializar os recursos dos pacientes para enfrentar o impacto da cirurgia.

Submeter-se a uma intervenção cirúrgica gera alterações significativas, desequilíbrios psicológicos que podem dificultar o período pós-operatório. Antes e depois da cirurgia é importante consultar um psicólogo para diminuir a ansiedade e racionalizar o temor que toda cirurgia desencadeia.

REFERÊNCIAS

Allard N. C. (2007). Day surgery for breast cancer: effects of a psychoeducational telephone intervention on functional status and emotional distress. *Oncol Nurs Forum*. 34(1),133-141.

Chamberlain W. M., Tulman L., Coleman E. A., Stewart C. B., Samarel N. (2006). Women's perceptions of the effectiveness of telephone support and education on their adjustment to breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 33(1), 138-144.

Ferraro, A. (2000, Outubro). Psicoprofilaxis quirurgica. *Revista Crescimento Interior* 66 (7).

Fiorentino, S. (2005). Psicoproflaxis quirurgica: como dominar el miedo a operarse. *Diário de Cuyo. Estilo*.

Garcia, S. B.; Lado, M. C.; Makler, C.; Besada, M.; Mucci, M. C.; Covaro, J.A.(2004). *Estratégias de itervención “psi” en situaciones médicas: psicoproficalxia quirurgica*. (Trabalho apresentado no Congresso de Salus Mental de La Ciudad de Buenos Aires)

Garretson, S. (2004). Benefits of pré-operative information programmes. *Nursing Standart*, 18 (47), 33-37.

Juarez, F.(2005). *Psicoprofilaxis quirurgica: como dominar el miedo a operarse*. *Diário de Cuyo*.

Gil, K. M.; Gibbons, H. E.; Jenison, E. L.; Hopkins, M. P.; von Gruenigen, V. E. (2007). Baseline characteristics influencing quality of life in women undergoing gynecologic oncology surgery. *Health Qual Life Outcomes*, 5(25).

Mathisen, L.; Andersen, M. H.; Veenstra, M.; Wahl A. K.; Hanestad, B. R.; Fosse E. (2007). Quality of life can both influence and be an outcome of general health perceptions after heart surgery. *Health Qual Life Outcomes* 5(27).

Lopez-Roig, S.; Pastor, M. A., Rodrigues-Marin, J. em: Carrillo, F. X. M.; Antón, D. M.; Rodrigues, J. O. (1993). *Intervención conductual en contextos comunitarios I: programas aplicados de prevención*. Madrid: Piramide.

Mendez, F.; Ortigosa, J.; Pedroche, S. (1996). Preparación s la Hospitalización Infantil: Afrontamiento Del Estrés. *Revista de Psicología Conductual*, 4 (2), 191-224.

Mitchell M.(2007). Psychological care of patients undergoing elective surgery. *Nurs Stand*. 21(30), 48-55; 58,60.

Peniche, A. C. G.; Jouclas, V. M. G.; Chaves, E. C. (1999). A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório. *Ver. Esc. Enf. USP* 33 (4), 391-403.

Platas, E. M. (1990). *Psicoprofilaxis quirúrgica: la preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas*. Barcelona: Ediciones Rol.

Raders P, Aubry M, Friberg M, Huygens C, Koch T. (2007). Nurses' views on ease of patient care in postoperative pain management. *Br J Nurs*. 16(5), 312-317.

Rawl SM, Given BA, Given CW, Champion VL, Kozachik SL, Kozachik SL, Barton D, Emsley CL, Williams SD. (2002). Intervention to improve psychological functioning for newly diagnosed patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 29(6), 967-975.

Rinaldi, G. (2001). *Prevención Psicosomática del paciente quirúrgico*. *Padós*. Buenos Aires.

Roth RS, Lowery JC, Davis J, Wilkins EG. (2007). Psychological factors predict patient satisfaction with postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 119(7), 2008-2015; discussion 2016-2017.

Soderman E, Lisspers J, Sundin O. (2007). Impact of depressive mood on lifestyle changes in patients with coronary artery disease. *J Rehabil Med*. 39(5), 412-417.

Spalding, N. J. (2003). Reducing anxiety by pre-operative education: make the future familiar. *Occupational Therapy International*, 10(4), 278-293.

Tercero, Q.G.; Hernandez, R.A.; Luque, C.M.; Morales, G.P. (2005). Psicoprofilaxis quirúrgica (PPQ). *Departamento de Psiquiatria y Medicina del Adolescente* 1(1).