

Estresse, ansiedade e percepção de dor de pacientes pré-cirúrgicos em um hospital público da região Norte Fluminense do Rio de Janeiro

Stress, anxiety and pain perception of pre-surgical patients in a public hospital in the northern region of Rio de Janeiro

Marina Guzzo

Graduada em Psicologia pela UFF. Psicóloga Clínica

Guilherme de Carvalho

Doutor em Psicologia Clínica pela PUC-Rio. Professor da UFF

José Alexandre

Mestre e doutorando em Cognição e Linguagem pela UENF. Psicólogo no Hospital Ferreira Machado

Resumo: Estresse e ansiedade são respostas do organismo que, em pacientes hospitalizados, podem influenciar no diagnóstico e tratamento, podendo gerar sintomas físicos e psicológicos. Assim, esta pesquisa estudou a relação entre estresse, ansiedade e dor em pacientes pré-cirúrgicos. A amostra foi composta por 31 pacientes, sendo 30 para cirurgia ortopédica e 1 para cirurgia de vesícula, todos internados em 3 setores de um hospital público do Norte Fluminense do estado do Rio de Janeiro: pronto socorro, traumatologia e ortopedia e clínica cirúrgica. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: questionários sobre dados de identificação e dados de internação, Escala Visual Analógica (EVA), questionário adaptado sobre dor, Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL). A análise estatística dos dados foi realizada através do software SPSS e, dentre os resultados, 67,7% da amostra apresentava sintomas de estresse (de acordo com ISSL) e 77,4% verbalizava sentir-se ansiosa. No âmbito da dor, aproximadamente 48% da amostra sentia dor intensa ou moderada. Esses aspectos suscitam uma reflexão sobre a importância de um trabalho multiprofissional e a necessidade de intervenções eficazes no ambiente hospitalar.

Palavras-chaves: Ansiedade. Dor. Estresse.

Abstract: Stress and anxiety are responses of the organism which, in hospitalized patients, can influence the diagnosis and treatment, and can lead to physical and psychological symptoms. Thus, this research aimed to study the relationship between stress, anxiety and pain in pre-surgical patients. The sample consisted of 31 pre-surgical patients, 30 for orthopedic surgery and 1 for gallbladder surgery, all hospitalized in 3 sectors of a public hospital in the Northern of Rio de Janeiro [Brazil]: emergency room, traumatology and orthopedics and surgical clinic. The instruments used for data collection were: questionnaires for identification and hospitalization data, Visual Analogue Scale (VAS), adapted questionnaire about pain, Lipp's Stress Symptoms Inventory (LSSI). The statistical analysis of the data was performed using the SPSS software and, among the results, 67.7% of the sample had symptoms of stress (according to LSSI) and 77.4% mentioned feeling anxious. In terms of pain, about 48% of the sample experienced severe or moderate pain. These aspects raise a reflection on the importance of multi-professional work and the need for effective interventions in the hospital environment.

Keywords: Anxiety. Pain. Stress.



1 Introdução

Abaixo são apresentadas as principais definições deste trabalho, bem como o processo cerebral do estresse e da ansiedade no contexto hospitalar.

1.1 Dor

De acordo com a Associação Internacional de Estudos sobre Dor (IASP), a dor pode ser definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (DELLAROZA *et al.*, 2008, p. 36). Figueiró, Ângelotti e Pimenta (2004) destacam que a percepção da dor no corpo se dá através da nocicepção. ‘Dor’ e ‘nocicepção’ podem diferenciar-se no sentido de que dor é o processamento da sensação incômoda e desagradável, como fisgadas e pontadas, ao passo que a nocicepção é o processo eletroquímico entre a lesão e a experiência da dor em si (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2017, p. 437-438).

É importante ressaltar que toda nocicepção gera dor, contudo é possível que haja dor sem que origine-se de uma nocicepção. Ademais, é possível classificar a dor em aguda e crônica, de forma que a primeira está diretamente relacionada a uma nocicepção e a segunda pode ter relação com uma nocicepção, porém tem o seu protagonismo na ação dos elementos psicológicos e comportamentais (FIGUEIRÓ; ÂNGELOTTI; PIMENTA, 2004, p. 23).

Em termos didáticos, o processamento da nocicepção no organismo ocorre em quatro etapas: 1. Transdução, que é a transformação do estímulo em atividade elétrica nas terminações dos nociceptores; 2. Transmissão, que é a condução dos impulsos elétricos até o corno posterior da medula espinhal; 3. Modulação, no qual os impulsos são modificados por influências neurais antes de alcançar níveis superiores no sistema nervoso central; 4. Percepção, em que os impulsos são integrados e percebidos como dor. O fenômeno doloroso envolve também aspectos psicológicos que influenciam na sua percepção final,

tais como: medo, ansiedade, depressão e estresse (FIGUEIRÓ; ÂNGELOTTI; PIMENTA, 2004, p. 24 e 31)

1.2 Estresse

Muitos estudos atuais sobre o *stress* partem de sua primeira definição dada por Hans Selye, em 1936, que o define como a resposta do organismo frente a um estressor. Ao longo do tempo essa definição passou a abranger também os efeitos dessa reação (MARGIS *et al.*, 2003, p. 65). De acordo com Graeff (2007), estresse se refere às condições psicológicas e físicas que, diante de uma ameaça, geram alterações comportamentais (GREAFF, 2007, p. 4).

Lipp, M. expressa que, assim como a dor, o *stress* também pode ser disfuncional ao sujeito e causar alterações na sua qualidade de vida, seu humor, suas relações interpessoais e sociais. Além disso, é possível que, por vezes, ambos os fatores possam ser concomitantes. Eventualmente, a dor pode gerar *stress* e, também, o *stress* pode colaborar para o desenvolvimento da dor. A primeira hipótese pode ser observada em um estudo realizado em 1979 no qual pacientes receberam informações e orientações sobre os procedimentos pelos quais passariam e, assim, perceberam uma diminuição significativa da dor que experienciaram. Já a segunda hipótese não tem uma comprovação clara na literatura, contudo é possível observar alguns casos clínicos nos quais os pacientes relatam sensações dolorosas em quadros estressores (FIGUEIRÓ; ÂNGELOTTI; PIMENTA, 2004, p. 123).

Nesse sentido, Range (2011, p. 479) ressalta que o *stress* pode ser um fator contribuinte ou desencadeante para doenças psicofisiológicas dentre as quais estão: a hipertensão arterial essencial, psoríase, úlceras gastroduodenais, câncer, vitiligo e retração de gengivas. No que diz respeito aos aspectos psicológicos, ele ressalta que o *stress* pode ocasionar o desenvolvimento de hipersensibilidade emotiva, raiva, apatia e ansiedade.

1.3 Ansiedade

A ansiedade diz respeito à antecipação de uma ameaça futura e está mais regularmente associada a uma tensão muscular e frequente estado de vigilância. Quando essa reação torna-se irreal e causa prejuízos na funcionalidade do indivíduo, a experiência pode tornar-se patológica e conduzir a um tipo de transtorno de ansiedade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 189).

Greaff (2007, p. 4) aposta na abordagem eto-experimental para diferenciar a ansiedade do medo. Segundo essa abordagem, a ansiedade é uma emoção evocada diante de uma avaliação de risco de um perigo incerto, seja porque o contexto é desconhecido ou porque a ameaça já foi experienciada, mas não está presente no momento. Já o medo está relacionado com ameaças reais e presentes no ambiente, gerando reações estratégicas de proteção e fuga do perigo.

1.3 Processamento cerebral da ansiedade e do estresse

O transtorno de ansiedade pode ser caracterizado quando ocorre uma resposta inadequada e disfuncional frente a uma determinada ameaça. Do ponto de vista das estruturas cerebrais envolvidas nesse transtorno, evidencia-se uma ativação intensa da amígdala e uma redução da atividade hipocampal (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2017, p. 759–761).

As respostas neuroendócrinas aos estressores ativam a amígdala, de onde sai a informação para o núcleo hipotalâmico, ativando o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA). A ativação do HPA gera liberação, na corrente sanguínea, do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e de cortisol (que ativam o corpo para ação). Assim é possível dizer que os estressores são os estímulos e o estresse é a reação do organismo. Outros hormônios que têm sua liberação estimulada diante de um estressor são a adrenalina (na corrente sanguínea) e noradrenalina (em alguns tecidos). Isso ocorre a partir da ativação da divisão simpática do sistema nervoso autônomo, o qual está envolvido com a reação de luta ou fuga (também presente no medo) (GRAEFF, 2007, p. 4).

Quando há grande produção de cortisol por longo período de

tempo, o hipocampo pode sofrer atrofia e diminuição anatômica. Em pacientes deprimidos esse efeito pode ser ainda maior, gerando déficits cognitivos (JOCA; PADOVAN; GUIMARÃES, 2003, p. 47). O *stress* não gera, propriamente, uma doença, mas ele pode desorganizar o funcionamento do sistema imunológico. Quando doente, o corpo diminui a perda energética dos músculos a fim de que essa energia seja utilizada pelo sistema imunológico (SI). Contudo, o *stress* demanda essa energia que seria destinada ao SI e a envia para o cérebro e músculos, ativando o corpo para luta ou fuga. Assim, o sujeito pode ficar mais suscetível à infecções, sendo necessário, em algumas ocasiões, a procura por um sistema de saúde (MYERS, 2012, p. 407).

Uma pesquisa realizada na Faculdade Ingá, no Paraná, avaliou a relação entre emoções, variáveis psicológicas e dor em indivíduos que seriam submetidos a cirurgia odontológica, chegando à conclusão de que as emoções podem influenciar a percepção de dor do sujeito. A presença de emoções como medo e ansiedade pode intervir em um tratamento adequado, visto que “este fenômeno pode provocar uma redução na tolerância à dor, assim eleva o nível de ansiedade onde os anestésicos empregados não conseguem atuar eficientemente” (ANNIBELLI *et al*, 2014, p. 28).

1.4 Contexto hospitalar

De acordo com Romano (2012, p. 124-125), a hospitalização é um processo que produz mudanças radicais na rotina e no estilo de vida do paciente e de sua família, trazendo consigo sentimentos de insegurança e incerteza, além de configurar-se como um fenômeno estressor. O *stress* pode ser uma realidade principalmente para pacientes que aguardam procedimento cirúrgico. A notícia desse evento pode gerar diversas reações nos âmbitos biopsicosociocultural e é preciso levar em consideração a vivência anterior desse paciente, seu histórico familiar, sua rede de apoio, seus temores e as repercussões em sua vida, objetivando uma adaptação à nova realidade (JUAN, 2007, p. 49-50; MACENA; LANGE, 2008). Os impactos que podem ser gerados pela

hospitalização demonstram a importância do trabalho do psicólogo nessa área.

A Resolução 03/2007 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), ao consolidar a descrição das atribuições do psicólogo em diversas especialidades, descreve que a Psicologia Hospitalar, no âmbito das instituições de saúde, visa a manutenção do bem estar físico e psíquico do paciente durante seu processo de hospitalização e também em demandas específicas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007).

Dessa forma, é possível inferir que fatores psicológicos, crenças pessoais, interpretação pessoal da dor, contexto vivencial e extrema visão negativa sobre a condição dolorosa podem ser fatores que intensifiquem a dor e aumentem sua duração (IASP, 2011).

2 Justificativa e objetivos

Compreendendo que o indivíduo é um ser integral, composto por aspectos sociais, biológicos e psicológicos, e concebendo que tais fatores psicológicos podem influir no processo de hospitalização, esta pesquisa objetivou estudar e avaliar a relação entre estresse, ansiedade e processamento da dor. Sua importância reside no aprofundamento do conhecimento sobre o estresse, seu processamento cognitivo e os prejuízos que podem ser gerados ao organismo humano mediante sua permanência prolongada. Ademais, a execução da pesquisa, descrita adiante, colaborou com a avaliação e identificação, pela equipe de saúde, de aspectos clínicos dos participantes durante suas internações.

3 Método

Esta seção descreve a metodologia, apresentando os participantes e os instrumentos da pesquisa, seguida da análise dos resultados.

3.1 Participantes

A amostra foi composta por 31 pacientes que aguardavam a

realização de cirurgia, sendo 30 para cirurgia ortopédica e 1 para cirurgia de retirada de vesícula, todos em um hospital geral público de uma cidade do Norte Fluminense do estado do Rio de Janeiro. Dentre os pacientes, 22 eram do sexo feminino e 9 do sexo masculino, divididos em 3 setores do hospital: pronto socorro (PS), clínica de traumatologia e ortopedia (TO) e clínica cirúrgica (CC). A seleção dos pacientes foi realizada de maneira randômica, de acordo com suas disponibilidades de tempo, vontade de participar voluntariamente e idade acima de 18 anos. O preenchimento de todas as informações foi feito pela pesquisadora, visto que muitos pacientes encontravam-se acamados. A princípio, os pacientes foram abordados em seus próprios leitos pela pesquisadora. A cada um foi exposto o projeto de pesquisa, bem como seus objetivos, o tempo de duração e os instrumentos utilizados para coleta de dados. Em seguida, a cada paciente foi perguntado sobre o interesse e a disponibilidade para participar da pesquisa. Aqueles que responderam positivamente receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as devidas informações que nele constavam, o qual foi assinado pelo paciente ou por seu acompanhante (em caso de impossibilidade física do paciente para assinar). Todo o processo de coleta de dados durava cerca de 40 a 60 minutos, variando de acordo com o paciente.

3.2 Instrumentos

A primeira etapa foi o preenchimento de um questionário estruturado, elaborado pelos pesquisadores, com a finalidade de coletar dados de identificação e de internação do paciente. Em um primeiro momento, este instrumento visava apurar informações demográficas como nome, sexo e idade. Além desses dados, foi perguntado sobre possíveis diagnósticos de transtornos mentais e consequente busca por tratamento, além do uso de medicamentos psicotrópicos.

Em seguida, dando continuidade ao questionário, foram coletados dados de internação do paciente, como tempo de hospitalização, qualidade do atendimento da equipe do hospital, presença de acompanhante, qualidade de sono e sentimentos de ansiedade e

estresse. Este instrumento baseou-se no autorrelato dos pacientes e foi preenchido manualmente pelos pesquisadores, visto que os sujeitos da pesquisa encontravam-se acamados e sem condições favoráveis e confortáveis para realizarem o preenchimento do formulário.

Como abordado anteriormente, o questionário era estruturado, de forma a padronizar as possibilidades de respostas, todavia também era possível encontrar perguntas abertas como: diagnóstico em saúde mental e área do corpo em que a cirurgia seria realizada. Para entender melhor possíveis dores presentes nesse processo, foi apresentado ao paciente a Escala Visual Analógica (EVA), a qual objetiva aferir o nível de dor do paciente e compreender sua causa. Este instrumento é unidimensional e pode ser aplicado por todo profissional de saúde, em diversos quadros de dor, a fim de alcançar a interpretação do paciente sobre a dor experimentada. Em crianças e idosos este instrumento pode apresentar dificuldades, visto que é necessário um nível de abstração (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

Em uma linha reta, a EVA varia de 0 (zero) – que significa ausência de dor – a 10 (dez) – que significa a pior dor possível. Ela também divide-se em 3 categorias de dor, sendo elas: leve (0-2), moderada (3-7) e intensa (8-10). Os pontos na escala também são marcados por imagens de faces que expressam emoções, começando com faces mais felizes e seguindo com faces neutras e tristes, em uma ordem crescente de dor.

Após responder a essa escala, o paciente foi perguntado sobre a presença e intensidade da dor nos últimos dias, inclusive diante de momentos de tensão, e seu alívio a partir da ministração de medicamentos. Novamente, este é um instrumento de autorrelato.

Por fim, foi aplicado o *Inventário de Sintomas de Stress de Lipp* (ISSL). Este instrumento teve sua validação empírica publicada em 1994 após ser submetido a uma pesquisa com 229 sujeitos adultos, divididos em duas amostras: clínica e não-clínica. Após análise estatística, foi possível concluir que o instrumento é completamente eficaz para detectar um quadro sintomatológico de *stress* (LIPP; GUEVARA, 1994). Os autores afirmam que “encontrou-se também uma correlação significativa entre o ISS, o diagnóstico clínico e avaliação subjetiva de um estado de *stress*,

embora nem sempre a pessoa consiga ela própria identificar tal estado com precisão” (LIPP; GUEVARA, 1994, p. 48). Este instrumento tem a finalidade de identificar a manifestação de sintomas de *stress*, a natureza desses sintomas (físicos e psicológicos) e em qual fase o sujeito encontra-se: alerta, resistência, quase exaustão e exaustão. Na primeira fase, o organismo tem uma reação de luta ou fuga diante de um estímulo; com a permanência do estresse, o organismo alcança a segunda fase e busca uma adaptação, começando a gerar desgaste e cansaço; na terceira fase o sujeito não está mais conseguindo resistir ao estímulo estressor, apresentando enfraquecimento progressivo e surgimento de doenças; com a permanência do estímulo estressor, o organismo chega a fase de exaustão, perdendo muito de suas estratégias de enfrentamento, aumentando sua vulnerabilidade, ocasionando doenças mais sérias e diminuindo a funcionalidade do sujeito. Ressalta-se que, no momento da escrita do presente trabalho, este inventário consta como “desfavorável” pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI).

3 Resultados

Os dados de avaliação neuropsicológica foram submetidos a uma análise estatística através do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Para determinar se a distribuição dos dados é paramétrica ou não-paramétrica, as variáveis foram submetidas ao teste de Kolmogorov-Smirnov. Variáveis categóricas foram analisadas através do teste do Qui-quadrado. O nível de significância estabelecido foi igual ou inferior a 0,05.

O protocolo completo da pesquisa foi aplicado em trinta e um pacientes, sendo vinte e dois do sexo feminino e nove do sexo masculino, que encontravam-se internados para realização de procedimento cirúrgico em um hospital geral público, em uma cidade do norte fluminense, estado do Rio de Janeiro. Tais pacientes estavam alocados em três setores do hospital, sendo eles: pronto socorro, traumatologia e ortopedia e clínica cirúrgica, como dispostos na Tabela 1.

Tabela 1. Frequência absoluta e distribuição de entrevistados por setor hospitalar

Sexo	Pronto Socorro		Traumatologia e Ortopedia		Clínica Cirúrgica		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Feminino	11	35,5	6	19,4	5	16,1	22	71,0
Masculino	2	6,4	4	12,9	3	9,7	9	29,0
Total	13	41,9	10	32,3	8	25,8	31	100

Fonte: Dos autores.

Todos os trinta e um pacientes dessa amostra foram perguntados sobre qual era a região do corpo em que ocorreria o procedimento, a fim de que fosse possível compreender as implicações de tal evento para cada um. No total, foram 12 (doze) respostas diferentes e a quantidade de pacientes que declararam cada uma delas foi organizada na Tabela 2.

Tabela 2. Local da cirurgia e respectiva quantidade de pacientes submetidos

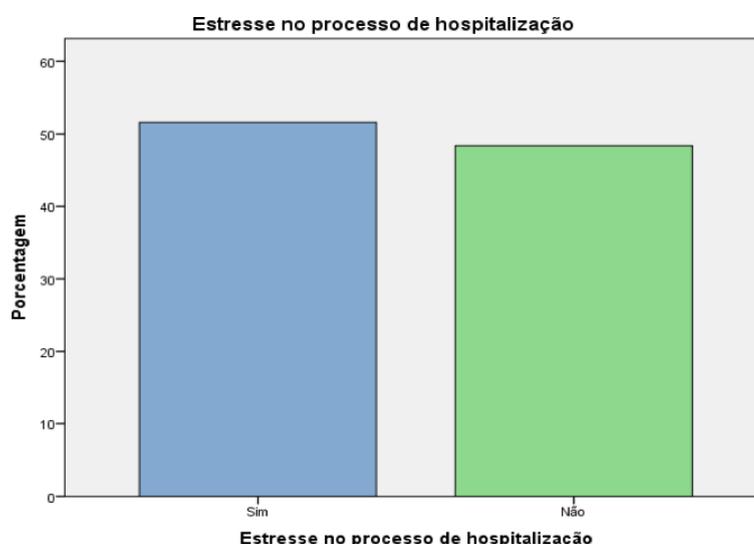
Local da cirurgia	Pacientes (Quant.)
Membro superior direito (MSD)	1
Membro superior esquerdo (MSE)	3
Membro inferior direito (MID)	7
Membro inferior esquerdo (MIE)	5
Fêmur	7
Bacia	1
Vesícula	1
Fêmur + bacia	1
Membro superior direito (MSD) + fêmur	1
Membro inferior direito (MID) + fêmur	1
Membro inferior esquerdo (MIE) + bacia	1
Não soube informar	2

Fonte: Dos autores.

Foi perguntado a todos os pacientes se os mesmos sentiam-se ansiosos e estressados no processo de hospitalização. Dos trinta e um pacientes avaliados, 51,6% afirmaram sentir-se estressados a despeito de 48,4% que declararam não sentir-se assim. Quanto à ansiedade, diante da

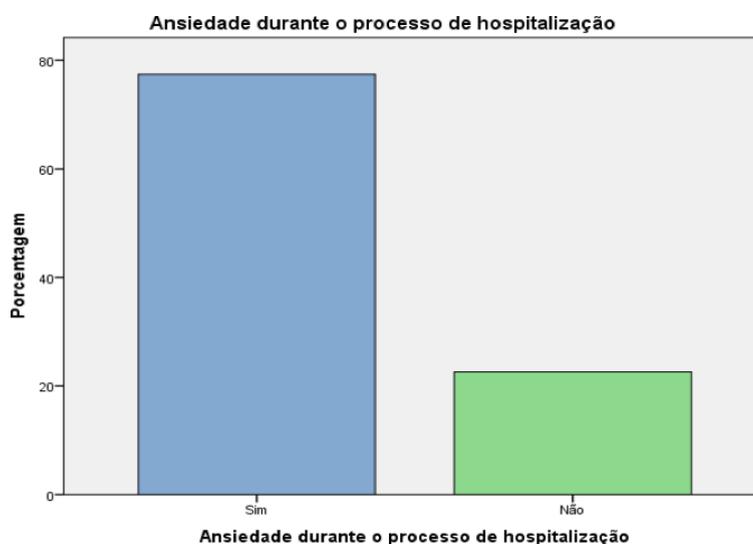
mesma amostra, 77,4% afirmaram sentir-se ansiosos e 22,6% não sentiam-se assim. Dentre os que declararam sentir-se ansiosos, 50% estavam internados há pouco tempo, no espaço entre 1 e 5 dias. Na amostra geral há uma grande amplitude no tempo de internação, entretanto 41,9% encontrava-se, no momento da entrevista, no intervalo entre 1 e 5 dias. Os resultados acima estão dispostos, respectivamente, nas figuras 1, 2 e 3.

Figura 1. Distribuição de amostra de acordo com autodeclaração de estresse



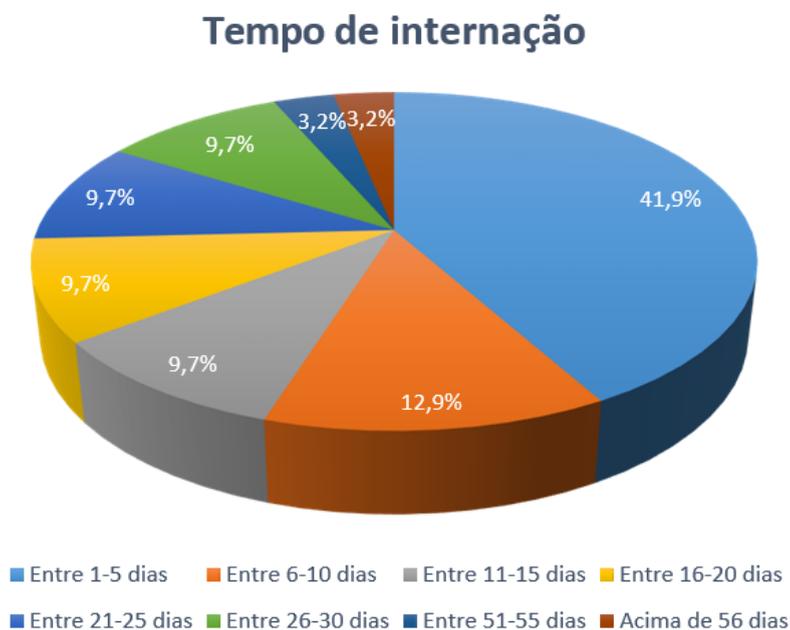
Fonte: Dos autores

Figura 2. Distribuição de amostra de acordo com autodeclaração de ansiedade



Fonte: Dos autores

Figura 2. Distribuição de amostra total de acordo com o tempo de internação até o momento da entrevista



Fonte: Dos autores.

Os dados do Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL) revelaram que 67,7% da amostra apresentavam estresse e 48,4% estavam na fase de resistência, conforme exposto na Tabela 3.

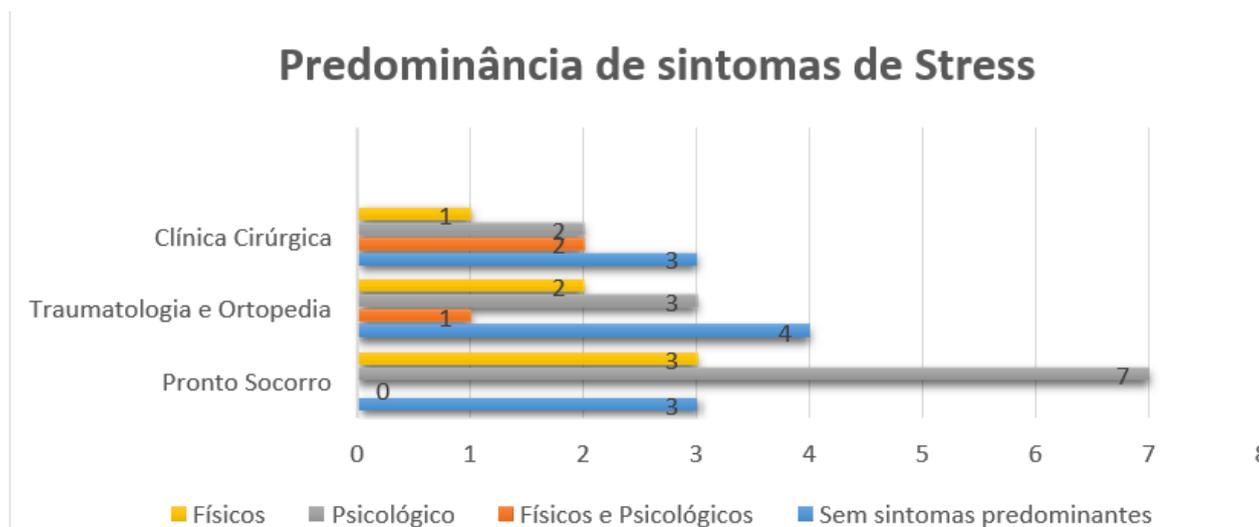
Tabela 3. Frequência absoluta e porcentagem da amostra de acordo com a fase de estresse e o setor

Fases de Stress	Pronto Socorro		Traumatologia e Ortopedia		Clínica cirúrgica		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Alerta	1	3,20	-	-	-	-	1	3,2
Resistência	6	19,36	5	16,14	4	12,90	15	48,4
Quase-Exaustão	-	-	1	3,25	1	3,25	2	6,5
Exaustão	3	9,7	-	-	-	-	3	9,7
Sem stress	3	9,69	4	12,92	3	9,69	10	32,3
Total	13	41,9	10	32,3	8	25,8	31	100

Fonte: Dos autores

No que diz respeito à sintomatologia, o pronto socorro foi o setor que apresentou os maiores índices de pacientes com sintomas físicos e pacientes com sintomas psicológicos referentes ao estresse. A clínica de traumatologia e ortopedia foi o setor que, nesta amostra, apresentou mais pacientes sem sintomas de estresse (figura 4).

Figura 4. Predominância de sintomas de stress em cada setor da amostra



Fonte: Dos autores.

Os resultados do ISSL, juntamente com os setores do hospital nos quais os pacientes estavam internados, foram submetidos ao teste qui-quadrado de independência. Dessa forma, buscou-se analisar se o estresse poderia ter alguma relação com o setor do hospital no qual o paciente encontrava-se e se o resultado era estatisticamente significativo. Os resultados de qui-quadrado estão dispostos nas Tabelas 4, 5 e 6, de acordo com os grupos:

Tabela 4. Qui-quadrado entre os setores pronto socorro + traumatologia e ortopedia e presença de stress de acordo com ISSL

Setores do hospital	Pronto Socorro	Traumatologia e Ortopedia	P Value
Presença de stress de acordo com ISSL	N = 10	N = 6	,382
Ausência de stress de acordo com ISSL	N = 3	N = 4	-

Fonte: Dos autores.

Tabela 5. Qui-quadrado entre os setores pronto socorro + clínica cirúrgica e presença de stress de acordo com ISSL

Setores do hospital	Pronto Socorro	Clínica Cirúrgica	P Value
Presença de stress de acordo com ISSL	N = 10	N = 5	,477
Ausência de stress de acordo com ISSL	N = 3	N = 3	-

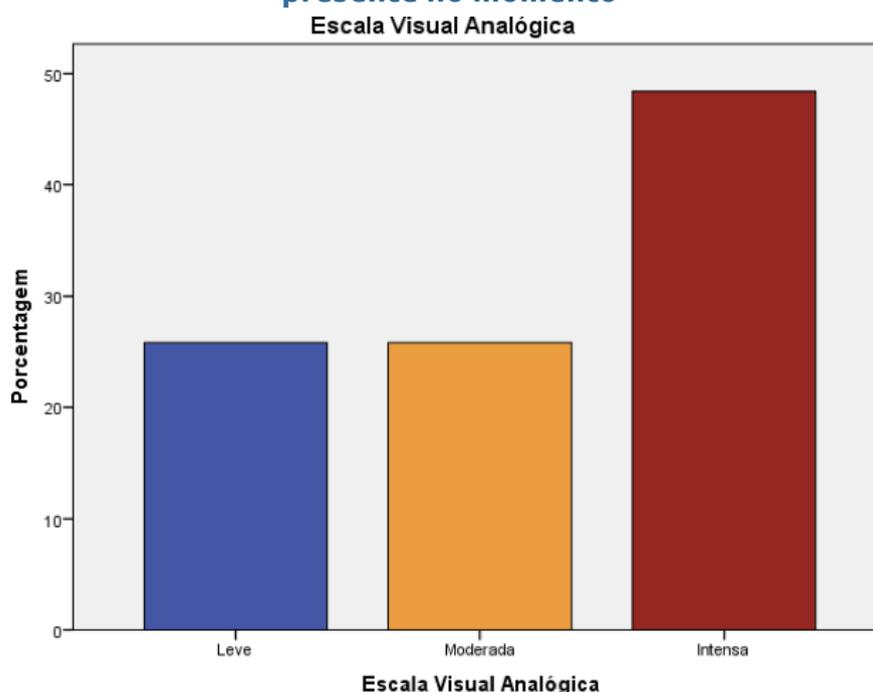
Fonte: Dos autores.

Tabela 5. Qui-quadrado entre os setores pronto socorro + clínica cirúrgica e presença de stress de acordo com ISSL

Setores do hospital	Traumatologia e Ortopedia	Clínica Cirúrgica	P Value
Presença de stress de acordo com ISSL	N = 6	N = 5	,914
Ausência de stress de acordo com ISSL	N = 4	N = 3	-

Fonte: Dos autores.

Figura 5. Distribuição da amostra de acordo com autodeclaração do nível de dor presente no momento



Fonte: Dos autores.

Figura 6. Distribuição da amostra de acordo com a dor presente no momento da entrevista



Fonte: Dos autores.

De acordo com a Escala Visual Analógica (EVA), 48,4% dos avaliados declararam que estavam sentindo uma dor intensa (entre 8-10), seguidos de 25,8% de dor moderada (entre 3-7) e 25,8% de dor leve (entre 0-2), conforme a figura 5. Ao serem perguntados sobre a intensificação da dor diante de momentos de tensão, medo ou ansiedade, 64,5% afirmaram sentir a dor intensificar, ao passo que 22,6% negaram essa intensificação e 12,9% verbalizaram não sentir dor no presente momento. Tais informações estão dispostas visualmente nas Figura 5 e 6.

Esta pesquisa foi realizada com pacientes que aguardavam cirurgia em três diferentes setores de um hospital público do interior do estado do Rio de Janeiro e investigou a presença de sintomas de estresse, ansiedade e dor durante a hospitalização através de instrumentos quantitativos.

Quanto aos tipos de cirurgia, vinte e nove pacientes dessa amostra variaram entre 11 (onze) respostas e outros dois pacientes não souberam informar com exatidão sobre seu procedimento. Isso foi perguntado devido à amplitude de consequências que pode alterar a vida do indivíduo tanto no pré quanto no pós cirúrgico. Cada tipo de cirurgia

necessita de cuidados, repousos e recuperações específicas e essas implicações precisam ser comunicadas e trabalhadas com o paciente (JUAN, 2007).

A presente pesquisa demonstrou que pouco mais da metade dos pacientes (51,6%) afirmaram sentir-se estressados desde o início da internação. Já o ISSL revelou que 67,7% apresentavam sintomas de estresse em algum nível. Segundo Knapp (2004), estes dados referentes a *stress* são particularmente relevantes, uma vez que fatores psicológicos desencadeados por respostas ao estresse podem interferir no processo de tratamento e recuperação, além de poder provocar ou intensificar sintomas de quadros médicos, como hipertensão, cefaleia, dentre outras (KNAPP, 2004, p. 421–422).

A hospitalização, principalmente de pacientes que aguardam cirurgia ortopédica, gera alterações ao padrão de vida do sujeito em diversos âmbitos, como modificação de suas atividades laborais, podendo gerar dificuldades financeiras, e sua autonomia na rotina, como cuidados pessoais e atividades físicas. Além disso, pode propiciar angústias quanto à sua recuperação e possíveis sequelas físicas (ISMAEL, 2010, p. 174–175). Diante de muitas instabilidades e estressores, o quadro do paciente pode não evoluir de maneira satisfatória, mesmo que o acompanhamento médico esteja sendo eficaz, levando a uma maior necessidade de uma intervenção psicológica que trabalhe tais fatores com o paciente (KNAPP, 2004, p. 422).

Como descrito no nosso estudo, os trinta e um pacientes avaliados nesta pesquisa estavam alocados em três diferentes setores do hospital, sendo eles: pronto socorro, clínica de traumatologia e ortopedia e clínica cirúrgica. Ao analisar se o setor do hospital no qual o paciente estava alocado interferia em seus sintomas de estresse, verificamos que a relação entre as seguintes variáveis não demonstraram resultados estatisticamente significativos: “pronto socorro + traumatologia e ortopedia” e “presença de *stress*”; “pronto socorro + clínica cirúrgica e presença de *stress*”; “traumatologia e ortopedia + clínica cirúrgica” e “presença de *stress*”.

Ainda que essas correlações específicas não sejam amplamente pesquisadas e divulgadas, há um consenso na literatura científica de que os pacientes podem ter respostas fisiológicas e psicológicas diferentes de acordo com aquilo ao qual são submetidos como: relação com a equipe, relação com outros pacientes da enfermaria/do setor e seus tratamentos, observação de mortes de outros pacientes, acesso a informação, possibilidade de ter acompanhante, rotina do setor, dentre outros (COSTA *et al.*, 2010; JUAN, 2007; MOTA *et al.*, 2006).

Nesse contexto de hospitalização, o estudo evidenciou que 77,4% dos pacientes avaliados afirmaram sentir-se ansiosos. Ismael (2010, p. 32) ressalta que um pequeno nível de ansiedade é necessário aos pacientes pré-operatórios, a fim de identificar se eles estão inseridos ao seu contexto, se estão conscientes de sua condição médica e a nova realidade que viverão após o evento cirúrgico. Entretanto, 50% dos pacientes que declararam sentir-se ansiosos estavam internados há, no máximo, 5 dias. Isso vai ao encontro a Delfini *et al.* (2009), quando declaram que o indivíduo pode apresentar sintomas de ansiedade assim que é inserido ao ambiente hospitalar, devido ao encontro com o desconhecido, todavia esses sintomas podem diminuir após o primeiro dia de internação, principalmente se houver uma boa qualidade de relação com a equipe.

A ansiedade que, normalmente, permeia esse momento pré-cirúrgico pode gerar reações em diversos âmbitos e níveis, como taquicardia, hiperventilação, hipertensão, tremores, alterações de pensamentos, dificuldade de concentração, agitação ou lentificação psicomotora (JUAN, 2007, p. 52). Outra consequência advinda da adaptação à hospitalização é a privação do sono a qual, por sua vez, gera uma deterioração da condição clínica do paciente e prejudica sua imunidade (BERGAMASCO; CRUZ, 2006, p. 358).

Na escala visual analógica do nosso estudo, verificamos que a dor intensa e a dor moderada encontravam-se, respectivamente, 48,4% e 25,8% dos pacientes da amostra. Em adição, 64,5% da nossa amostra declararam sentir a dor intensificar em momentos de tensão, medo ou ansiedade. É possível entender esses resultados a partir da compreensão

de que processos sensoriais, aspectos afetivos e a cognição influenciam a transmissão, percepção e a interpretação das reações ao estímulo doloroso ou, mais especificamente, estímulo nociceptivo (FIGUEIRÓ; ÂNGELOTTI; PIMENTA, 2004, p. 94).

Vale ressaltar que a estimulação nociceptiva periférica não é exatamente proporcional à intensidade da dor percebida pelo sujeito, por ser a mesma influenciada por diversos fatores, como o arcabouço sociocultural, etnia, histórico familiar, vivências prévias, quadros de ansiedade e depressão, memória, contexto no qual sofreu uma lesão, dentre outros. Todavia tudo isso abrange aspectos psicológicos ou mentais (FIGUEIRÓ; ÂNGELOTTI; PIMENTA, 2004, p. 94).

A dor pode ser incapacitante e disfuncional não somente ao indivíduo, mas também a sua relação com os familiares e as pessoas próximas, com o trabalho e, principalmente, com o serviço público de saúde. Com o intuito de gerar informação e eficácia no âmbito da saúde, pesquisas de Epidemiologia tornaram-se necessárias a fim de possibilitar maior conhecimento, definir prioridades de atuação e planejar ações de prevenção e intervenção pelo serviço público.

Um estudo epidemiológico realizado em Londrina (PR), entre 1999 e 2000, com cerca de 493.330 indivíduos, objetivou coletar dados sobre dor crônica em crianças, adultos e idosos. Nos adultos avaliados 61,38%, apresentaram dor crônica, sendo que o auge da prevalência ocorreu no espaço de 30 a 50 anos, espaço este em que se encontrava, aproximadamente, 67% da amostra de adultos. Além disso, buscaram-se informações sobre os prejuízos causados pela dor utilizando uma escala que variava de 0 a 10, em que 0 demonstrava nenhum prejuízo e 10 demonstrava prejuízo total. De acordo com os resultados, o maior prejuízo causado pela dor é no humor, seguido de sono, lazer, disposição para fazer coisas que gosta, atividade sexual e, por fim, alimentação. No âmbito do trabalho, o impacto da dor é moderado. Os autores dessa pesquisa ressaltam a importância desse trabalho epidemiológico para o atendimento de pacientes com dor pelas unidades de saúde, mas também para o planejamento e elaboração de intervenções por parte de

ministérios da saúde, instituições de previdência e outros (FIGUEIRÓ; ÂNGELOTTI; PIMENTA, 2004, p. 4–16).

Nossos resultados demonstraram que muitos pacientes experimentaram sintomas de estresse e ansiedade em algum momento de sua internação, presença de dor em algum nível e lidavam com um tempo de internação indeterminado, o qual podia variar de pessoa para pessoa.

No que tange às limitações do estudo, ressalta-se a intensa dinâmica do hospital envolvendo realização de exames, intervenções da equipe, horário de visita e horários de alimentação; o medo e a insegurança de alguns pacientes em participar da pesquisa e serem, de alguma forma, prejudicados. Uma outra limitação foi o baixo nível de escolaridade de alguns pacientes, os quais necessitavam de melhores explicações sobre as perguntas da pesquisa. Isso gerava um aumento no tempo de coleta de dados e, conseqüentemente, fadiga. Não foi possível definir claramente se os sintomas físicos e psicológicos demonstrados pelos pacientes tinham, unicamente, relação com ansiedade e estresse ou se também eram devidos a outras condições clínicas.

Por fim, o presente estudo destacou que variáveis como estresse, ansiedade e presença de dor são fatores que podem envolver o processo de hospitalização. Neste sentido, a atuação do psicólogo, como parte integrante da equipe multidisciplinar, torna-se essencial, pois possibilita a escuta do paciente, dos seus medos e receios diante de uma condição de perda, ainda que temporária, de sua saúde. Assim, o paciente pode se sentir melhor preparado emocionalmente para lidar com os sintomas de estresse e de ansiedade diante da expectativa de realização de uma cirurgia.

4 Considerações finais

A presente pesquisa evidenciou a manifestação de sintomas físicos e psicológicos de estresse e de ansiedade na amostra através dos instrumentos utilizados. Além disso, possibilitou analisar a relação desses sintomas com a dor experienciada pelos pacientes. Os resultados levam-nos a refletir sobre a necessidade de um olhar multiprofissional

que enxergue o paciente para além do diagnóstico clínico e busque, assim, intervenções eficazes no ambiente hospitalar.

Uma outra reflexão que essa pesquisa nos proporciona é quanto ao tempo de internação dos pacientes. Devido a diversos fatores como condição clínica dos pacientes, espera por vagas e alta demanda de procedimentos no hospital, muitos desses indivíduos permanecem internados por tempo indeterminado, o que pode gerar desgastes físicos e psicológicos, tanto a eles quanto a seus familiares e acompanhantes.

A relação com a equipe hospitalar também é algo interessante a se analisar, visto que muitos pacientes afirmaram perceber que suas dores intensificaram-se diante de tensões e medos. Nesse momento, o diálogo claro com o paciente torna-se um diferencial, visto que a informação acessível sobre seu estado de saúde pode atenuar as inseguranças e os medos referentes ao seu procedimento cirúrgico. Ademais, propicia que o mesmo tenha abertura para verbalizar sobre aquilo que lhe incomoda.

Muitos dados foram aqui analisados e quantificados, contudo também é preciso refletir sobre a atuação da psicologia em um ambiente tão ativo quanto o hospital. Por diversas vezes, durante a aplicação dos instrumentos, fomos interrompidos para ministração de medicamentos, realização de exames e entrevistas médicas, o que é perfeitamente compreensível. O psicólogo hospitalar precisa se preparar tecnicamente e elaborar estratégias para atuar nesse espaço que abrange diversas áreas do saber e do cuidar, além de ter uma rotina própria, porém dinâmica. Suas ações devem sempre visar o desenvolvimento do bem estar do paciente e de sua família, sem ignorar a equipe hospitalar.

A literatura aqui utilizada trouxe informações importantes sobre o funcionamento cerebral do ser humano, sobre as reações que lhe são inerentes, sobre as múltiplas variáveis que atuam sobre o ambiente hospitalar e todo o processo de hospitalização e, mais do que isso, propiciou o entendimento de que o ser humano, mesmo compartilhando semelhanças anatômicas e funcionais, é único e sobre ele atuam principalmente influências sociais, culturais e espirituais.

Todo ser humano experimenta emoções – agradáveis e desagradáveis – e busca em seu repertório pessoal alternativas e

estratégias para lidar com elas e solucionar seus conflitos, podendo esses movimentos de ajustes serem eficazes ou não (LEAHY, 2013). Assim, especificamente no contexto hospitalar, torna-se imprescindível um trabalho que vise a regulação emocional de pacientes que lidam constantemente com um processo de adoecimento.

Ainda segundo Leahy (2013), em situações inesperadas e/ou estressantes, um sujeito pode utilizar estratégias ineficazes para lidar com suas emoções, o que pode ocasionar uma consequente manutenção desse estresse. Tais estratégias podem envolver abuso de substâncias, alimentação compulsiva e visão disfuncional sobre si. Esse processo pode promover uma desregulação emocional, definida como “a dificuldade ou incapacidade de lidar com as experiências ou processar as emoções” (LEAHY, 2013, p. 20). Deste modo, a regulação emocional envolve a manutenção de estratégias de enfrentamento mais adaptativas que possibilitem ao sujeito melhor equilíbrio de suas emoções.

Outras possibilidades de intervenção podem ser encontradas na Terapia Cognitivo-Comportamental, como a psicoeducação, o treino de habilidades sociais, técnicas de relaxamento e de dessensibilização sistemática. Dentre elas, uma das mais utilizadas é a psicoeducação, a qual consiste em informar ao paciente sobre seu processo de adoecimento e empoderá-lo sobre seu tratamento, possibilitando a diminuição de emoções que estejam excessivamente intensas como medo, ansiedade e raiva (PERON; SARTES, 2015, p. 46).

Não pretende-se aqui esgotar essa temática, mas sim, colaborar com a produção científica nessa área e estimular mais pesquisas no campo da psicologia, visando a atuação na saúde pública, mesmo com seus atravessamentos, nos hospitais, junto a pacientes, familiares e equipes multiprofissionais.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANNIBELLI, R. *et al.* Relação entre emoções, variáveis fisiológicas e dor em pacientes de

cirurgia odontológica. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 5, n. 3, p. 27-32, 2014.

BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. **Neurociências**: desvendando o sistema nervoso. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BERGAMASCO, E. C.; CRUZ, D. de A. L. M. DA. Alterações do sono: diagnósticos frequentes em pacientes internados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 356-363, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP N. 003/2007, de 12 de fevereiro de 2007. Institui a Consolidação das Resoluções do Conselho Federal de Psicologia. 2007.

COSTA, V. A. S. F.; SILVA, S. C. F.; LIMA, V. C. P. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 13, n. 2, 2010.

DELFINI, A. B. L.; ROQUE, A. P.; PERES, R. S. Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: rastreamento em enfermagem clínica. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 2, n. 1, 2009.

DELLAROZA, M. S. G. *et al.* Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 36-41, fev. 2008.

FIGUEIRÓ, J. A. B.; ÂNGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. D. M. (org.). **Dor e saúde mental**. São Paulo: Atheneu, 2004.

GRAEFF, F. G. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitário-adrenal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, p. 3-6, 2007.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (Ed.). **Ano Mundial Contra a Dor Aguda**. 2011. Acesso em: 15 maio 2020.

ISMAEL, S. M. C. (Ed.). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

JOCA, S. R. L.; PADOVAN, C. M.; GUIMARÃES, F. S. Estresse, depressão e hipocampo. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 25, p. 46-51, dez. 2003.

JUAN, K. DE. O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. **Psicologia Hospitalar**, v. 5, n. 1, p. 48-59, 2007.

KNAPP, P. (ED.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LEAHY, R. L., TIRCH, D., NAPOLITANO, L. A. **Regulação emocional em psicoterapia**: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LIPP, M. E. N.; GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 3, p. 43-49, 1994.

MACENA, C. S. DE; LANGE, E. S. N. A incidência de estresse em pacientes hospitalizados. **Psicologia Hospitalar**, v. 6, n. 2, p. 20-39, jun. 2008.

MARGIS, R. *et al.* Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, p. 65–74, abr. 2003.

MARTINES, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 4, p. 299-308, 2011.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 323–330, ago. 2006.

MYERS, D. G. **Psicologia**. 9 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

PERON, N. B.; SARTES, L. M. A. Terapia cognitivo-comportamental no hospital geral: revisão da literatura brasileira. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 11, n. 1, p. 42-49, 2015.

RANGÉ, B. (Ed.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROMANO. Bellkiss Wilma (Org.). **Manual de Psicologia Clínica para Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

Sobre os autores

Marina Guzzo  

Graduada em Psicologia pelo Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional (ESR) da Universidade Federal Fluminense (UFF) em Campos dos Goytacazes. Tem interesse em neuropsicologia, terapia cognitivo-comportamental, psicologia hospitalar e saúde pública. Email: msguzzo15@gmail.com

Guilherme de Carvalho  

Graduado em Psicologia e mestre em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Professor do Departamento de Psicologia do Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional (ESR) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Email: guicarv75@yahoo.com.br

José Alexandre  

Graduação em Psicologia pela Faculdade de Biologia e Psicologia Maria Theresa (FAMATH). Mestre e doutorando em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Psicólogo no Hospital Ferreira Machado da Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes. Email: alexandre482@yahoo.com.br

Histórico

Recebido em: 18/08/2022. Aceito em: 24/10/2022. Publicado em: 22/12/2022.