

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

SANDRA LOPES CAVALCANTI

**AVALIAÇÃO DO ESTRESSE EM IDOSOS SUBMETIDOS À CIRURGIA ELETIVA  
GERAL OU DIGESTIVA**

Maceió  
2012

SANDRA LOPES CAVALCANTI

**AVALIAÇÃO DO ESTRESSE EM IDOSOS SUBMETIDOS À CIRURGIA ELETIVA  
GERAL OU DIGESTIVA**

Dissertação apresentada como requisito para  
obtenção do Título de Mestre em Ciências do  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da  
Saúde da Universidade Federal de Alagoas.

Orientador: Prof. Dr. Mário Jorge Jucá.

Maceió  
2012

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**  
**Bibliotecária responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale**

C376a Cavalcanti, Sandra Lopes.  
Avaliação do estresse em idosos submetidos à cirurgia eletiva geral ou digestiva / Sandra Lopes Cavalcanti. – 2012.  
79 f. : tabs., graf.

Orientador: Mário Jorge Jucá.  
Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências da Saúde. Maceió, 2012.

Bibliografia: f. 61-66.  
Apêndices: f. 67-68.  
Anexos: f. 69-79.

1. Cirurgia Geral – Idoso. 2. Estresse Psicológico. I. Título.

CDU: 617.55-089.5-053.9



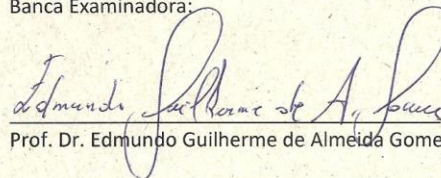
Universidade Federal de Alagoas  
Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

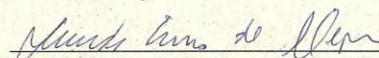
ICBS - UFAL - Campus A. C. Simões  
Av. Lourival Melo Mota, S/N  
Cidade Universitária - Maceió-AL  
CEP: 57072-900  
E-mail: ppgcs9@gmail.com

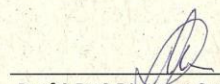
Defesa da Dissertação de Mestrado da aluna Sandra Lopes Cavalcanti, intitulada: "Avaliação do estresse em idosos submetidos à cirurgia eletiva geral ou digestiva", orientada pelo Prof. Dr. Mario Jorge Jucá, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Alagoas, em 15 de outubro de 2012.

Os membros da Banca Examinadora consideraram a candidata Apurada.

Banca Examinadora:

  
Prof. Dr. Edmundo Guilherme de Almeida Gomes – (UFAL)

  
Prof. Dr. Hinaldo Lima de Menezes - (UFAL)

  
Prof.ª Dr.ª Divanise Suruagy Correia – (UFAL)

**SANDRA LOPES CAVALCANTI**

**AVALIAÇÃO DO ESTRESSE EM IDOSOS SUBMETIDOS À CIRURGIA ELETIVA  
GERAL OU DIGESTIVA**

Presidente da Banca

Professor Doutor Mário Jorge Jucá

Banca Examinadora

Professora Doutora

Divanise Suruagy Correia

Professor Doutor

Edmundo Guilherme de Almeida Gomes

Professor Doutor

Hunaldo Lima de Menezes

Dedico esta dissertação aos idosos que se disponibilizaram a participar desta pesquisa e contribuíram para a concretização do meu sonho.

Aos meus filhos:  
Camilla, Lucas e Gabriela, força e luz em minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Mário Jorge Jucá,  
Orientador e grande incentivador.

À Prof. Dr<sup>a</sup> Divanise Suruagy,  
Pelo apoio, sugestões e incentivo.

Ao Prof. Jairo Calado,  
Pela sua disponibilidade e interesse na análise estatística.

A todos os funcionários da Santa Casa de Misericórdia de Maceió,  
Pela atenção e auxílio na pesquisa, e em especial a Gerência de Ensino e Pesquisa da Instituição que possibilitou iniciativas como esta.

Aos meus colegas e professores do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, pelos conhecimentos transmitidos.

A minha mãe,  
Por ser exemplo de como chegar à velhice bem sucedida e partilhar comigo deste trabalho.

Ao meu genro, Januário  
Pelo seu valioso auxílio e disponibilidade.

## RESUMO

O objetivo desse estudo foi avaliar o nível de estresse em idosos submetidos à cirurgia eletiva geral ou digestiva, no pré e pós-operatório. Trata-se de um estudo analítico, prospectivo e transversal realizado no Serviço de Cirurgia Geral e Digestiva, no Pavilhão Oswaldo Brandão Vilela da Santa Casa de Misericórdia de Maceió. A amostra foi composta de 64 pacientes com idade igual ou superior a 60 anos. Foram incluídos todos os idosos submetidos à cirurgia eletiva geral ou digestiva e excluídos os idosos que apresentaram perda da habilidade cognitiva e os que se negaram a colaborar com a pesquisa. Para a coleta de dados foi utilizada uma Ficha de Recolhimento de Dados e para a avaliação da perda da habilidade cognitiva o Teste do Desenho do Relógio e o Mini Exame do Estado Mental. Para detectar e avaliar o nível de estresse foi utilizado o Inventário de Estresse para Adultos de Lipp (2000) e a Escala de Estresse Percebido. Os resultados da amostra indicaram que, 42 (65,6%) eram do sexo feminino; 35 (54,7%) analfabetos; 33 (51,6%) pertenciam à classe econômica C e que a colecistectomia foi o procedimento cirúrgico com maior índice (26,6%). O sexo feminino apresentou uma média de estresse percebido no pré-operatório de 21,09% e no pós-operatório de 23,15%. Na maioria dos pacientes (64,1%) verificou-se a presença de estresse no pré-operatório, e 59,7% no pós-operatório. A fase de resistência obteve um maior percentual antes da cirurgia (53,1%), com semelhantes resultados no pós-operatório (51,7%). Nesta fase prevaleceram os sintomas psíquicos com 73,1% no pré-cirúrgico e 81% no pós-cirúrgico. Predominou o sexo feminino na fase de resistência, no pré-operatório (66,7%) e no pós-operatório com 58,5%. Na aplicação da Escala de Estresse Percebido somente a variável sexo apresentou associação estatística com estresse, demonstrando significância estatística ( $p < 0,05$ ), no pré e pós-operatório. No Inventário de Estresse para Adultos de Lipp (2000) somente a variável sexo apresentou significância estatística, no período pré-operatório. Durante o pós-operatório as variáveis sexo e situação econômica apresentaram significância estatística. Os pacientes idosos submetidos à cirurgia eletiva geral ou digestiva apresentaram-se estressados tanto no pré quanto no pós-operatório, salientando-se que o sexo feminino foi o que apresentou maior nível de estresse.

**Palavras-chave:** Estresse Psicológico. Cirurgia Geral. Idoso.



## ABSTRACT

The goal of this study was evaluate stress level on preoperative and postoperative period of elderly people at subjected to general elective or digestive surgery. This is an analytic, transversal and prospective study done at General and Digestive Surgery service at healthcare facility of Oswaldo Brandão Vilela of Santa Casa de Misericórdia of Maceió. A sample of 64 patients with 60 years old or more were used. Overall elderly people subjected to general elective and digestive surgery were interviewed excepting those with cognitive ability loss and those that had denied taking part of research. A survey instrument consists in a gathering datasheet and the clock drawing test and mini mental state exam to evaluate cognitive ability loss. Lipp Symptom Inventory for Adults and Perceived Stress Scale had used to find and evaluate stress level. Sample results have indicated that 42 (65.6%) was female gender, 35 (54.7%) illiterate people; 33 (51.6%) belong to C economic class and the most recurrent (26, 6%) surgical procedure was cholecystectomy. The female gender had presented average perceived stress of 21.09% (preoperative period) and 23.15% (postoperative period). In the majority of patients (64.1%) did find preoperative stress and in the 59.7% postoperative stress. Resistance phase gathers higher percentage (53.1%) before surgery than results for postoperative period (51.7%). In this phase, psychic symptoms prevail with 73.1% on pre-surgical period and 81% on post-surgical period. Female gender is predominant in the resistance phase, on preoperative (66.7%) and postoperative (58.5%) periods. Only female gender variable had statistics linked with stress based on Perceived Stress Scale application, demonstrating statistical significance ( $p < 0.05$ ). And for the results of Lipp Symptom Inventory for Adults (2000), on preoperative period, only gender variable showed statistical significance. Gender and economic status variables presented statistical significance during postoperative. Elderly patients subjected to general elective or digestive surgery had showed stress on both preoperative and postoperative period with emphasizing that female gender had showed higher stress level.

**Keywords:** Psychological Stress . General Surgery. Elderly.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Representação gráfica dos resultados percentuais do ISSL,  
no pré e pós-operatório.....44
- Figura 2 - Representação gráfica dos percentuais do ISSL, referente ao  
sexo, no pré-operatório..... 46
- Figura 3 - Representação gráfica dos percentuais do ISSL, referente ao  
sexo, no pós-operatório..... 47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis selecionadas.....	40
Tabela 2 - Distribuição da análise das Médias da Escala de Estresse Percebido no pré-operatório.....	41
Tabela 3 - Distribuição da análise das Médias da Escala de Estresse Percebido no pós-operatório.....	42
Tabela 4 - Distribuição da análise das Médias de Estresse Percebido no pré-operatório, segundo variáveis selecionadas.....	43
Tabela 5 - Distribuição da análise das Médias de Estresse Percebido no pós-operatório, segundo variáveis selecionadas.....	43
Tabela 6 - Análise pareada da soma de Estresse Percebido no pré e pós-operatório.....	44
Tabela 7. Prevalência de sintomas psíquicos da fase de resistência em pacientes no pré-operatório.....	46
Tabela 8. Prevalência de sintomas psíquicos da fase de resistência em pacientes no pós-operatório.....	46
Tabela 9. Associação entre sexo, escolaridade, situação econômica e estresse no pré-operatório, segundo o ISSL.....	49
Tabela 10. Associação entre sexo, escolaridade, situação econômica e estresse no pós-operatório, segundo o ISSL.....	49
Tabela 11. Descrição do Teste do Desenho do Relógio.....	50

## LISTA DE ABREVIATURAS

**D** Desvio Padrão

**EEP** Escala de Estresse Percebido

**FRD** Ficha de Recolhimento de Dados

**ISSL** Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp

**MEEM** Mini Exame do Estado Mental

**M** Média

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**ONA** Organização Nacional de Acreditação

**TDR** Teste do Desenho do Relógio

**TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	16
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	16
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	16
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	17
<b>3.1</b>	<b>Envelhecimento Humano</b> .....	17
3.1.1	Expectativa de Vida.....	17
<b>3.2</b>	<b>Definição de Estresse</b> .....	18
3.2.1	Sintomatologia do estresse.....	19
3.2.2	Agentes estressores no idoso.....	20
3.2.3	Modelo Teórico das fases do estresse.....	20
3.2.4	Estresse fisiológico ou positivo e estresse patológico ou negativo.....	22
3.2.5	A relação do gênero e a reação aos agentes estressores.....	23
3.2.6	Alterações fisiológicas frente a um agente estressor.....	24
3.2.7	Ansiedade e estresse cirúrgico.....	25
<b>3.3</b>	<b>Reações imunometabólicas e psicossomáticas do trauma cirúrgico</b> ...	26
3.3.1	Aspectos especiais do pré-operatório em pacientes idosos.....	28
3.3.2	Reações clínicas e psicossomáticas em idoso no pós-operatório.....	29
3.4	O papel da equipe multidisciplinar na assistência ao idoso em cirurgia.....	30
<b>4</b>	<b>CASUÍSTICA E MÉTODO</b> .....	32
4.1	Desenho do Estudo.....	32
4.2	Local do Estudo.....	32
4.3	População.....	32

4.3.1	Amostragem.....	32
4.3.2	Critérios de Inclusão.....	32
4.3.3	Critérios de Exclusão.....	32
4.4	Estratégias para coleta de dados.....	33
4.5	Instrumentos utilizados.....	33
4.5.1	Procedimentos na aplicação dos instrumentos.....	36
4.6	Aspectos Éticos.....	37
4.7	Análise dos dados por métodos estatísticos.....	37
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
5.1	Caracterização da amostra.....	39
5.1.1	Sexo.....	39
5.1.2	Escolaridade.....	39
5.1.3	Situação Econômica.....	39
5.1.4	Tipo de cirurgia.....	39
5.2	Avaliação do nível de estresse, de acordo com a Escala de Estresse Percebido.....	41
5.3	Avaliação do nível de estresse em associação com as variáveis.....	42
5.4	Avaliação do Estresse Percebido na amostra total.....	44
5.5	Modelo teórico de avaliação do estresse.....	44
5.6	Correlações do estresse com as variáveis selecionadas.....	48
5.7	Teste do Desenho do Relógio.....	49
5.8	Teste do Mini Exame do Estado Mental.....	50
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>51</b>
6.1	Caracterização da amostra.....	51
6.2	Avaliação do nível de estresse percebido.....	51

6.3	Modelo teórico de avaliação do estresse.....	53
6.4	Teste do Desenho do Relógio.....	57
6.5	Teste do Mini Exame do Estado Mental.....	57
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>58</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>60</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>67</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O número de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo rapidamente, mais do que qualquer outra faixa etária (OMS, 2002). No Brasil, o número de idosos com mais de 60 anos, chega a 14,5 milhões representando 9,1% da população, enquanto no início da década somavam 11,4 milhões (7,9%). Diante desse recente processo de envelhecimento, a população de idosos pode ser considerada uma das maiores do mundo, superior a da França, Itália e Reino Unido. A expectativa de vida do brasileiro aumentou de 65 para 73,5 anos e estima-se que em 2025 haverá, no país, aproximadamente 33,4 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos (IBGE, 2010).

Com o aumento da sobrevivência do idoso brasileiro tem aumentado, também, o número de cirurgias a que são submetidos os pacientes com mais de 65 anos. Atualmente, pelo menos, um em cada quatro pacientes cirúrgicos tem 65 anos ou mais, e uma fração ainda maior está prevista para as próximas duas décadas (SOUZA, ALENCAR, LOBO et al., 2007).

Podemos acrescentar a esses dados o indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que, atualmente, o estresse afeta mais de 90% da população mundial. O estresse está associado à ocorrência de diversas doenças: metabólicas, gastrointestinais, hormonais (distúrbios do crescimento), degenerativas, como o câncer, distúrbios reprodutivos e doenças infecciosas (ALVES, 2008).

Os indivíduos enfrentam situações de estresse durante toda a vida, desde o nascimento até a morte, as quais podem trazer implicações diversas para a saúde física e mental. Os tipos de eventos estressantes, experimentados ao longo do curso de vida, podem variar de acordo com a idade cronológica, com o tempo histórico, com aspectos educacionais e em virtude de fatores individuais (ALDWIN, 2004).

Na primeira metade do século XX o fisiologista Walter Cannon descreveu pela primeira vez a reação do corpo ao estresse. Cannon chamou-a de resposta de luta ou fuga. O corpo prepara-se ao ser confrontado com uma ameaça, para ficar e lutar ou para fugir (GREENBERG, 2002). A relação entre estresse e doença começou a ser estabelecida pelo endocrinologista Hans Selye, em 1936, sugerindo que os



estressores crônicos contribuíam para um estado de exaustão do organismo pondo em risco o seu equilíbrio (MAIA, 2002).

Selye definiu o estresse como a resposta inespecífica do corpo a qualquer demanda que lhe é solicitada e identificou o estresse como um processo de três fases (trifásico), chamado de síndrome de adaptação geral. A primeira fase, reação de alarme, é quando o ser humano se prepara automaticamente para a ação; a segunda, fase de resistência, ocorre quando a exposição ao estressor é mantida por períodos muito prolongados ou quando novos estressores se acumulam e o organismo entra em ação para impedir o desgaste total de energia; e a terceira, fase de exaustão, é considerada patológica por ser a mais negativa do estresse (GREENBERG, 2002).

Ao estudo trifásico do estresse, foi adicionada, por Lipp (2000), a fase denominada de quase exaustão, resultando no modelo quadrifásico do estresse. Nesta fase, a tensão excede o limite do gerenciável, ou seja, inicia-se o processo de adoecimento.

As reações que o organismo apresenta diante do estresse podem ser positivas – estresse ideal - quando o indivíduo produz adrenalina que dá ânimo, vigor e energia, isto é, a pessoa aprende o manejo do estresse. Havendo excesso de estresse, este é considerado negativo (LIPP, 2000).

O estresse caracteriza-se por um processo contínuo de mudança e adaptação a desafios e eventos que, em maior ou menor grau, podem ser avaliados como estressores. No entanto, estressores com os quais um indivíduo tem maior possibilidade de se confrontar variam de acordo com o estágio do seu curso de vida (NERI, 1995). Em comparação com adultos mais jovens, os idosos tendem a relatar um número menor de aborrecimentos diários e, quando relatados, geralmente são avaliados como pouco estressantes (ALDWIN, 1990; FOLKMAN, LAZARUS, PIMLEY et al., 1987).

A investigação sobre o estresse é multifacetada e realizada em vários níveis de análise, levando em conta que as relações positivas e negativas entre estresse e

envelhecimento, associadas ao ato cirúrgico, dependem da natureza, do tempo de exposição, da intensidade e cronicidade do estresse.

Alguns pesquisadores acreditam que nenhum paciente está efetivamente preparado para realizar uma cirurgia, sendo necessária a intervenção psicológica neste momento (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

Esta pesquisa foi planejada para avaliar e descrever os níveis de estresse em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos submetidos à cirurgia eletiva geral ou digestiva na Santa Casa de Misericórdia de Maceió, bem como, identificar as relações existentes entre os idosos e profissionais da saúde e as associações adaptativas ao estresse cirúrgico.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar o nível de estresse em idosos submetidos às cirurgias eletivas gerais ou digestivas em um Hospital na cidade de Maceió.

### **2.2 Específicos**

- 1) Descrever os sintomas de estresse em idosos no pré e pós-operatório;
- 2) Analisar o nível do estresse entre as variáveis: sexo, grau de escolaridade e situação econômica.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1 Envelhecimento humano**

A velhice é caracterizada pelo declínio das funções orgânicas, que se expressa pela dificuldade do organismo em se adaptar as condições de sobrecarga funcional. Essas alterações são, portanto, consequências do envelhecimento (PAPALÉO; SALLES, 2001). Envelhecimento é um período de redução das reservas funcionais, relacionado a inúmeras perdas que incidem ao mesmo tempo e consecutivamente (FORTES, PORTUGUEZ, ARGIMON, 2009). O envelhecer, sob um ponto de vista fisiológico, depende significativamente do estilo de vida que a pessoa assume desde a infância ou adolescência, tais como: o de tabagista, a prática regular de exercícios físicos ou esportes, alimentar-se de forma saudável, tipo de atividade ocupacional, entre outros (LEITE, 1990). O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o organismo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar (STRAUB, CUTOLO, ZIETZ et al., 2001; LEITE, 1990).

##### **3.1.1 Expectativa de vida**

Em 2050, a expectativa de vida nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para homens e 86 para as mulheres. Isso se deve, principalmente, a redução na taxa de fecundidade, a medicina preventiva, programas voltados para a qualidade de vida, baixas taxas de mortalidade infantil, ao número de vacinas e antimicrobianos, constando-se que todos esses fatores contribuirão para um número crescente de idosos (IBGE, 2010). De acordo com o Censo 2010 o número de mulheres entre 60 e 74 anos são de 9.059,094 com um percentual de 4,2% e o de homens é de 6.932,472, representando 3,7% da população brasileira.

No conjunto, o percentual de idosos analfabetos, entre 1999 e 2009, indicou uma mudança significativa, passando de 34,4% para 42,6%. Em Alagoas, 53,7% dos idosos com 60 anos ou mais não têm instrução ou estudaram, apenas, menos de um ano e 15,2% da população recebem entre um a dois salários mínimos (IBGE, 2010).

### **3.2 Definição de estresse**

O conceito de estresse foi primeiramente descrito por Seyle, em 1956, que o definiu como sendo essencialmente, o grau de desgaste total causado pela vida. No século XVII, o termo foi utilizado por Robert Hooke, para designar uma pesada carga que afeta uma determinada estrutura física. Todavia, se alguém for perguntado na rua sobre “o que é o estresse?”, certamente, o definiria como um desequilíbrio nervoso ou emocional causado por pressões e dificuldades do cotidiano. Outro fato interessante é que não só o excesso de estresse é prejudicial a um indivíduo, causando a manifestação de doenças, como também a sua falta, levando a formação de um ser acomodado e despreparado para os desafios diários. Também é definido como uma relação particular entre uma pessoa, seu ambiente e as circunstâncias a que está submetida, a qual é avaliada pelo organismo, como uma ameaça ou algo que exige dele mais que suas próprias habilidades ou recursos, colocando em perigo o seu “bem-estar” (NORONHA et al., 2006; LOPES; ARGIMON, 2010).

A reação do organismo a essa situação denomina-se “resposta de estresse”, isto é, o corpo humano reagindo devido à influência de vários estímulos nocivos. É possível desencadear o estado de “estresse fisiológico”, podendo influenciar o bom equilíbrio da homeostase, qualquer fator determinante de ação dos tecidos humanos, tais como trauma, doença, co-morbidade e medicação (GIANOUDIS, DINOPOULOS, CHALIDIS et al., 2006).

#### **3.2.1 Sintomatologia do estresse**

A resposta do estresse, segundo Lipp, Pereira e Sadir (2005) deve ser entendida como um processo e não como uma reação estanque e independente, pois no momento em que ela se inicia, um longo processo bioquímico se instala.

Independentemente da causa da tensão, manifestando-se, inicialmente, de modo bastante semelhante em todas as pessoas, com o surgimento de taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e a sensação de alerta.

Tanganelli (2001) atribui aos sintomas do estresse todas as modificações fisiopatológicas que ocorrem em um organismo estressado, sendo os mais frequentes em relação SNC e psiquismo, ao cansaço físico e mental, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, insônia, dificuldade de concentração, falha de memória, tristeza, indecisão, baixa auto-estima, sentimento de solidão, sentimento de raiva, emotividade, choro fácil, pesadelos, depressão, isolamento, perda ou excesso de apetite, pânico, podendo também apresentar alterações de comportamento, como alcoolismo, consumo de drogas ilícitas, uso dos calmantes e ansiolíticos e comportamento autodestrutivo.

Em estudo realizado por Alves (2008) comparando a incidência e fonte do estresse e nível da qualidade de vida com idosos de três grupos diversificados observou-se maior percentual de sintomas quanto a pensar constantemente em um só assunto e dúvidas quanto a si próprio.

### 3.2.2 Agentes estressores no idoso

Para os idosos, os agentes estressores podem ser os mais variados: como a aposentadoria, a morte de entes queridos, mudanças de papéis sociais, cirurgia, internação (GREENBERG, 2002).

Durante o desenvolvimento adulto, existe uma grande chance de que os indivíduos aprendam a lidar, de forma adequada, com os eventos estressantes, tornando-se menos vulneráveis aos efeitos negativos do estresse na velhice (NERI ; YASSUDA, 2004).

Em virtude das mudanças físicas, psicológicas e sociais, comuns aos idosos, estes têm maior probabilidade de enfrentar eventos estressores específicos, diferentes daqueles enfrentados pelos mais jovens. Eventos que apresentem envolvimento importantes são avaliados como altamente ameaçador e, quanto mais forte o envolvimento, mais vulnerável torna-se a pessoa ao estresse psicológico na área daquele envolvimento. Os idosos podem recorrer a varias

estratégias para lidar com eventos de vida estressantes. Dentre as condições apontadas, uma que parece ser de grande importância é o suporte social, que adquire um valor peculiar na idade madura, quando as pessoas estão geralmente mais expostas a perdas e pressões de várias naturezas (NERI, 1995).

### 3.2.3 Modelo Teórico das fases do estresse

O modelo teórico descrito por Lipp (2000) divide o estresse em quatro fases. Estas fases se distinguem pela duração da ação do estressor, aparecimento de sintomas orgânicos e/ou emocionais e pelo resultado dos mecanismos de enfrentamento. Descreve-se a seguir as fases do estresse, com suas características e sintomas:

1. Fase de Alerta – é a fase positiva do estresse, quando o ser humano automaticamente, prepara-se para a ação. É caracterizada pela produção e ação da adrenalina que torna a pessoa mais atenta, mais forte e mais motivada. Sono: dificuldade em dormir é muito acentuada devido à adrenalina; sexo: libido alta, muita energia; trabalho: grande produtividade e criatividade; corpo: tensão, rigidez muscular, no início da fase aparecem taquicardia, sudorese, mudança de apetite e insônia, mandíbula tensa e respiração mais ofegante que o normal. A tensão do corpo encontra correspondência na mente; no humor: eufórico, podendo ter grande irritabilidade devido à tensão física e mental experimentada.

2. Fase de Resistência – se a fase de alerta for mantida por períodos muito prolongados ou se novos estressores acumulam-se, o organismo entra em ação para impedir o desgaste total de energia, entrando na fase de resistência. Quando se resiste aos estressores e se tenta, inconscientemente restabelecer o equilíbrio interior (chamado de homeostase), interrompido na fase de alerta. Caracterizada pela produção de cortisol, apresenta uma queda brusca da produtividade, acentuando-se a vulnerabilidade da pessoa a vírus e bactérias. Sono: normalizado; sexo: a libido começa a baixar pouca energia; trabalho: a produtividade e criatividade voltam ao usual, mas às vezes não consegue ter novas ideias; corpo: cansado, mesmo tendo dormido bem. O esforço de resistir ao estresse manifesta-se em certa sensação de cansaço e a memória começa a falhar. Mesmo não estando com alguma doença, ainda assim, o organismo sente-se “doente”; humor: cansado,

preocupando-se apenas com a fonte de seu estresse, tornando-se tedioso em virtude da repetição do mesmo assunto.

3. Fase de Quase Exaustão – quando a tensão excede o limite do controle, ocorrendo uma quebra na capacidade da resistência física e emocional. No entanto, há momentos em que a pessoa consegue pensar lucidamente, tomar decisões, rir de piadas e trabalhar, porém tudo isso é realizado com esforço, sendo estes momentos de funcionamento normal intercalados com momentos de total desconforto, salientando-se que há muita ansiedade nesta fase, visto que o cortisol é produzido em maior quantidade provocando o efeito negativo de destruir as defesas imunológicas e doenças começam a surgir. Sono: insônia - acorda muito cedo e não consegue voltar a dormir; sexo: libido - quase desaparece; Trabalho: a produtividade e criatividade caem dramaticamente, consegue somente dar conta da rotina, mas não cria, nem tem ideias originais; corpo: cansado, surgindo uma sensação de desgaste. A memória é muito afetada e a pessoa esquece fatos corriqueiros, até seu próprio telefone. As mulheres podem apresentar dificuldades na área ginecológica e todo o organismo sente-se mal, passando a ter ansiedade quase todo dia; humor: a vida começa a perder o brilho, não acha graça nas coisas, não quer socializar, não sente vontade de aceitar convites ou de convidar, considerando tudo muito sem graça e as pessoas tediosas.

4. Fase de Exaustão – é a fase mais negativa do estresse, a patológica. É o momento em que ocorre um desequilíbrio interior muito grande. A pessoa entra em depressão, não consegue concentrar ou trabalhar, gerando, muitas vezes, decisões impensadas. Doenças graves podem ocorrer como úlceras, pressão alta, psoríase e vitiligo. Sono: dorme pouco, acorda muito cedo, não se sente revigorado pelo sono; sexo: libido - desaparece quase que completamente; trabalho: não consegue mais trabalhar como normalmente, não produz, não consegue concentrar e nem decidir, perdendo o interesse pelo trabalho; corpo: desgastado e cansado. Em casos mais graves pode ocorrer a morte; humor: não socializa, foge dos amigos, não vai a reuniões festivas, perde o senso de humor, fica apático.

#### 3.2.4 Estresse fisiológico ou positivo e estresse patológico ou negativo



Faz-se necessário saber a diferença entre o estresse bom e o ruim. Estresse patológico ou negativo: é o estresse em excesso. Ocorre quando a pessoa ultrapassa seus limites e esgota sua capacidade de adaptação; nesse momento o organismo apresenta déficit de nutrientes e a energia mental fica reduzida. A produtividade e capacidade de trabalho ficam prejudicadas. A qualidade de vida sofre danos, deixando o indivíduo enfraquecido e com vários sintomas psicossomáticos. Estresse fisiológico ou positivo: é o estresse em sua fase inicial, na fase de alerta, de Lipp (2000). O organismo produz adrenalina que dá ânimo, vigor e energia fazendo a pessoa produzir mais e ser mais criativa. Estresse ideal é aquele quando a pessoa aprende o seu manejo e controla a fase de alerta de modo eficiente, alternando entre estar e sair de alerta (LIPP, MALAGRIS, NOVAIS, 2007).

O organismo precisa voltar ao equilíbrio após uma permanência em alerta para que se recupere. Se não há um período de recuperação, doenças começam a ocorrer, pois o organismo se exaure e o estresse fica excessivo. Quando o evento estressor é forte demais ou se prolonga por muito tempo, o estresse pode se tornar excessivo (JUCÁ, 1999).

O estresse compromete o bem-estar do idoso, provocando, geralmente, diversos problemas físicos. Em assim sendo, a pessoa deve aprender a manejar e controlar a fase inicial do estresse, para que este seja um elemento fisiológico ideal. Sem um período de recuperação as doenças começam a ocorrer porque o organismo se exaure, não tendo mais capacidade de superação e/ou adaptação (PEREIRA, FREITAS, MENDONÇA et al., 2004).

Praticamente, o bem estar físico é relevante em todos os eventos estressantes e, especialmente, naqueles que demandam grande mobilização. O indivíduo idoso que, fisicamente, apresenta-se mais fragilizado, propicia o aparecimento de mais doenças crônicas e, provavelmente, menos energia para lidar com o estresse. As mudanças no que se referem à quantidade de energia e aos recursos disponíveis ao indivíduo podem exigir alterações radicais em envolvimento bastante arraigados. Se essas mudanças e a reorganização de prioridades não ocorrem quando necessário, a pessoa idosa se predispõe a lutar sem chances de sucesso, colocando em risco a sua saúde e seu bem estar (REBELO; JUCÁ, 2012).

Em estudo realizado por Oliveira e Cupertino (2005), com 957 idosos pertencentes a uma comunidade, avaliou as diferenças entre gênero e idade para eventos de vida estressantes. Os pesquisadores observaram que os eventos de vida estressantes negativos mais citados pelos idosos foram: morte ou perda, seguidos de problemas de saúde.

Existe uma relação entre crenças religiosas e estresse. As evidências mostram uma relação inversa entre o estresse percebido e a religiosidade, em virtude do aspecto psicológico e social da experiência religiosa. Diversas teorias psicossociais tendem a apoiar a ideia de que as crenças existenciais ou religiosas podem diminuir o estresse percebido (NERI, 1995).

### 3.2.5 A relação do gênero e a reação aos agentes estressores

Existe um número maior de mulheres do que homens com estresse em todos os grupos que foram avaliados, relativamente a todas as profissões testadas e, também, a todas as faixas etárias. Não se sabe a resposta para esta afirmação, porém se atribui a uma grande parte do estresse feminino às expectativas da sociedade, que levam a mulher a uma luta contínua para preencher com perfeição vários papéis ao mesmo tempo (LIPP, MALAGRIS, NOVAIS, 2007). Em outra pesquisa realizada por Peniche, Jouclas e Chaves (1999) para avaliar o nível de ansiedade em pacientes submetidos à cirurgia de médio e grande porte, com média de idade entre 20 e 65 anos, demonstraram que as mulheres eram mais ansiosas que os homens.

### 3.2.6 Alterações fisiológicas frente a um agente estressor

Várias modificações fisiológicas ocorrem no organismo ao sentir um estressor. Neste momento o indivíduo poderá ficar pálido e sentir as mãos e os pés frios. Precisar de mais sangue circulando no seu corpo, por isto o coração bate mais rápido e sua respiração também ficará mais rápida. O organismo prepara os músculos para a ação, tornando-os tensos e causando leves tremores, dores musculares, dores de cabeça, aperto no peito, dificuldades para respirar e tonturas. A digestão pode ficar momentaneamente mais lenta. Durante esse processo, a pessoa tem que fazer um esforço para restabelecer o equilíbrio biológico. Toda vez

que o organismo sofre um desequilíbrio interno, a pessoa tenta recuperá-lo através de uma adaptação, salientando-se que a energia adaptativa de cada pessoa é limitada. Por isso, quando o desequilíbrio é crônico ou intenso e grande parte da energia adaptativa da pessoa é utilizada, ocorre um desgaste físico e/ou mental, gerando envelhecimento precoce, uma série de doença, inclusive, até a morte (LIPP, MALAGRIS, NOVAIS, 2007).

Quando nos deparamos com um estressor, as partes do corpo (olhos, nariz, músculos, etc.) que primeiro percebem o estressor enviam mensagens, através dos nervos para o cérebro, passando essas pelo sistema de ativação reticular vindo ou indo para o sistema límbico e tálamo. No sistema límbico é onde se desenvolvem as emoções, e o tálamo serve como um painel de controle determinando o que fazer com as mensagens que chegam. O hipotálamo entra em ação quando sente um estressor, ativando o sistema endócrino e o sistema nervoso autônomo, instruindo a hipófise que ativa diretamente as glândulas adrenais a produzirem adrenalina e cortisol. Quando essas substâncias são produzidas em excesso, passam a causar danos para o organismo (GREENBERG, 2002).

### 3.2.7 Ansiedade e estresse cirúrgico

Pensar a emoção e estresse em termos de relação ou interação consiste em desprezar os pontos de vista isolados da pessoa ou do ambiente, passando a considerar a conjunção desses dois sistemas básicos, diante da qual eles perdem suas identidades independentes, assumindo uma nova condição ou estado. Por exemplo, a ansiedade não é somente uma propriedade da pessoa, mas depende de sua interação ao responder a determinados atributos ambientais interpretados como ameaçadores, ao passo que outro indivíduo pode reagir com satisfação, visto que o evento tem para ele uma conotação de oportunidade ou de desafio desejado (BURGOS E NERI, 2008). No contexto de uma internação a ansiedade é um dos sintomas mais citados pelos pacientes que esperam por procedimentos cirúrgicos, e tem sido associada com alterações da pressão arterial (HALLAS, THORNTON, FABRI et al., 2003).

O estresse cirúrgico é definido como as alterações metabólicas, psicológicas e somáticas apresentadas pelo indivíduo, diante do procedimento cirúrgico. O

trauma cirúrgico provoca uma onda de reações fisiológicas e imunológicas para a preservação da homeostase e da sobrevivência. A magnitude do dano tecidual determina o nível de resposta ao trauma, que é proporcional à gravidade do estresse cirúrgico (JUCÁ, 1991; GIANNOUDS, DINOPOULOS, CHALIDIS et al., 2006). Para Juan (2007), o caráter estressante do acontecimento cirúrgico depende diretamente das características da doença; sua duração, a intensidade, da gravidade, dos sintomas que produzem a incapacidade, gerando a possibilidade de cura por outros meios.

Os pacientes idosos são menos capazes de tolerar o estresse operatório ou suas complicações que os pacientes mais jovens. Em condições normais, as alterações fisiológicas vistas no coração, rins, pulmão e outros órgãos e sistemas não produzem problemas para o paciente idoso, mas quando o paciente é submetido ao estresse da operação ou de suas complicações, pode haver reserva funcional inadequada e desencadear doenças associadas que agravam a resposta ao procedimento cirúrgico (JUCÁ, 1991; COLLOCA, SANTORO, GAMBASSI, 2010).

### **3.3 Reações imunometabólicas e psicossomáticas do trauma cirúrgico no idoso**

As intervenções cirúrgicas em pacientes idosos têm se tornado cada vez mais frequentes, uma vez que esta população vem apresentando crescimento em número significativo nas últimas décadas e conseqüentemente expondo-se por mais tempo às morbidades de resolução cirúrgica. Apesar de um número importante de idosos apresentarem envelhecimento saudável e tolerarem o ato cirúrgico sem muitas intercorrências, sabe-se também que morbi-mortalidade que envolve a operação em indivíduo idoso é maior e requer muito mais cuidados com o controle das comorbidades e atenção às reservas funcionais (VENDITES, ALMADA-FILHO, MINOSSI, 2010).

Em geral, quanto mais idoso for o paciente, mais propensos a apresentarem as reservas funcionais inadequadas ao estresse. No entanto, a idade, isoladamente, não pode ser responsabilizada como causa de resultados adversos cirúrgicos como as comorbidades e as reservas funcionais, e outros fatores de risco ainda indeterminados (LOCICERO; SHAW, 2009).

Pesquisa de Lobo Filho, Leitão, Soares et al. (2002) com pacientes acima de 75 anos, submetidos à cirurgia eletiva cardíaca, avaliaram como altamente ameaçadoras e quanto mais forte o envolvimento mais vulnerável torna-se a pessoa ao estresse psicológico na área daquele envolvimento.

Os períodos pré, trans e pós-operatórios dos pacientes idosos são momentos que exigem cuidados especiais, considerando a fragilidade imposta pela doença, pelas alterações próprias do envelhecimento e, ainda, pela própria situação cirúrgica que provoca estresse físico e psicológico (LENARDT, HAMMERSCHMIDT, PÍVARO et al., 2007).

As condutas no período intra-operatório do paciente idoso devem considerar as peculiaridades desta faixa etária, e serem tomadas com vistas à diminuição da morbidade pós-operatória.

O paciente, idoso e adoentado, quando hospitalizado, necessita do acolhimento e da identificação de suas ansiedades, angústias e medos. Esse paciente também pode ter dúvidas sobre seu estado físico, em níveis que precisam ser detectados, observados e respeitados. Necessita ter alguém com quem possa expressar e dividir seus temores e indecisões, a respeito das temáticas que ali o cercam, e, sobretudo, necessita da observância, do respeito e ética no lidar com seu corpo, seus aspectos emocionais, e sua religiosidade (caso a tenha). Isto tudo implica em se ter uma equipe multidisciplinar programada para assisti-lo (LUSTOSA, 2007).

Os procedimentos de cuidado realizados durante o período de internação, considerados simples e rotineiros para o profissional, nem sempre têm este significado para o paciente idoso, apresentando-se como elementos ameaçadores e geradores de conflitos e ansiedades, trazendo desconforto, desconfiança, insegurança e estresse, a ponto de levar a alterações sistêmicas que podem provocar a suspensão da cirurgia (LENARDT, 1996).

O procedimento cirúrgico, apesar dos avanços tecnológicos alcançados, gera diversos tipos de reação emocional onde o paciente percebe o seu futuro como incerto, e variados medos surgem (dor e morte), mais sequelas incapacitantes,

dependência, incrementando a ameaça à integridade física e psicológica. (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

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 (JUAN, 2007).

As cirurgias eletivas, dentre elas a colecistectomia, que permite o contato com o paciente, antes da realização do procedimento cirúrgico, servem como parâmetro para o conhecimento de como as pessoas se estruturam afetiva e cognitivamente diante da necessidade de submeter-se a uma cirurgia (SANTOS, A., SANTOS, L., MELO et al., 2006). A colecistectomia é uma das cirurgias mais frequentes no Brasil, que consiste na remoção cirúrgica da vesícula biliar (DATASUS, 2007). A prevalência desta doença aumenta conforme a idade e é maior no sexo feminino (aproximadamente o dobro da taxa masculina), o que justifica a predominância das mulheres na população submetidas à colecistectomia (TORRES, BARBOSA, PANTOJA et al., 2005).

### 3.3.1 Aspectos especiais do pré-operatório em pacientes idosos

No idoso as reservas funcionais e especificamente a capacidade de compensação do estresse fisiológico estão naturalmente reduzidas. Estas características têm profundas implicações na avaliação pré-operatória do paciente geriátrico, independente do tipo e do porte da cirurgia (SOUZA, ALENCAR, LOBO et al., 2007).

Quanto maior o estresse e a tensão no pré-cirúrgico, maiores poderão ser as dificuldades em enfrentar os limites que a cirurgia impõe ao paciente. No contexto de uma cirurgia, há a mobilização de um alto volume de energia psíquica do indivíduo no seu pré-operatório, quando ele estabelece formas de poder lidar com seus estressores e com o estresse situacional (GODOY, SARMENTO, ROMANO, 2004).

O pré-operatório é vivenciado a partir do tipo de cirurgia a ser realizada, mas também pela forma com que o paciente elabora a situação vivida. Certo medo e

ansiedade são reações consideradas normais. Porém, na medida em que essas condições se elevam e se somam à tensão, estresse ou outras condições adversas do estado emocional, o paciente sofre interferências em seu organismo que podem prejudicar a evolução pós-operatória (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

O estresse e a ansiedade pré-operatória aumentam os tempos de recuperação; são obstáculos contraproducentes na reabilitação do paciente. (SÖDERMAN, LISSPERS, SUNDIN, 2007). Estimativas das reservas funcionais podem ser difíceis, por exemplo, alterações decorrentes de uma menor reserva funcional cardíaca muitas vezes só se revelam durante o ato operatório (COLLOCA, SANTORO, GAMBASSI, 2010).

A capacidade do indivíduo em lidar com o estresse vivenciado durante a internação peri-operatória é um importante aspecto a ser investigado pelos profissionais da saúde, atentando-se para algumas consequências que podem acometê-lo nesse período, em destaque para os casos em desordens de ajustamento relacionadas a um quadro de estresse pós-traumático, depressão e déficits cognitivos, especialmente no momento da alta hospitalar (ROTENSHAULER, GRIESER, NOLBERT et al., 2005).

Pesquisa realizada por Santos, A., Santos, L., Melo et al. (2006) com 15 pacientes em pré-operatório de colecistectomia com média de idade entre 18 e 60 anos revelou a presença de estresse em 73,3% dos pacientes que participaram no grupo de pesquisa, sendo 80% do sexo feminino. No mesmo grupo de pesquisa foi detectada a prevalência na fase de resistência (72,7%), com a probabilidade de evoluir para fases mais graves do estresse.

Daian, Petroianu e Alberti (2009) estudaram 100 pacientes com média de idade entre 47,9 e 55,6 anos, submetida à cirurgia de médio e grande porte, foi verificada a prevalência dos sintomas de estresse. Na avaliação do estresse, os autores utilizaram o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp. Nesse estudo houve maior percentual da fase de resistência com prevalência de manifestações psíquicas, antes da cirurgia.

### 3.3.2 Reações clínicas e psicossomáticas em idoso no pós-operatório

A assistência ao idoso em situação cirúrgica difere da atenção que recebe outros grupos etários; porque as próprias mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e da presença de doenças associadas podem comprometer o equilíbrio funcional e aumentar a vulnerabilidade dos idosos de apresentar complicações pós-operatórias (DIOGO, PASCHOAL, CINTRA, 2000). As condutas no período intra-operatório do paciente idoso devem considerar as peculiaridades desta faixa etária, e serem tomadas com vistas à diminuição da morbidade pós-operatória (VASCONCELOS FILHO, CARMONA, AULER JR, 2004).

Em virtude da elevação do estado de ansiedade, pode ocorrer uma queda abrupta no pós-cirúrgico e essa alteração comprometerem a capacidade reativa na adaptação pós-operatório que, geralmente, exige algum nível de transformação e participação ativa no processo de recuperação (SEBASTIANI, 2002). É no pós-operatório imediato que o paciente irá, voltando da anestesia, gradativamente reencontrar-se com a vida e consigo mesmo, uma vez sentir ter superado o evento crítico (cirurgia). Quanto maior o estresse e tensão vividos pela pessoa, maiores as dificuldades em enfrentar, superar e adaptar-se os limites que o procedimento cirúrgico lhes impõe (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

Embora a ocorrência de complicações pós-operatórias seja maior em pacientes idosos, existem algumas evidências de que a idade não é propriamente um fator de risco independente. Isto indica que a mortalidade de indivíduos idosos está mais relacionada com alterações fisiológicas e com as condições clínicas do paciente do que tão somente com sua idade cronológica (BARRETO, 2000). Aqui se ressalta a visão triangular de Jucá para o idoso: afecção que leva a cirurgia, reservas funcionais e as doenças associadas (JUCÁ, 1991).

### **3.4 O papel da Equipe Multidisciplinar na Assistência ao Idoso em Serviços Cirúrgicos**

A decisão de um tratamento cirúrgico seja ele eletivo ou de urgência, engloba uma gama de aspectos relativos à geriatria, que o médico-cirurgião, o anestesista, o clínico assistente e toda a equipe multidisciplinar envolvida devem conhecer e estar familiarizados (VENDITES, ALMADA-FILHO, MINOSSI, 2010).



As experiências oriundas da internação, dos sentimentos de invasão e agressão, as distorções de compreensão e participação tanto do paciente quanto de sua família no processo cirúrgico são aspectos mais do que significativos para fundamentar e comprovar a necessidade da equipe interdisciplinar do Hospital. O psicólogo deve atuar com o objetivo de minimizar a angústia e ansiedade do paciente, favorecendo a expressão dos sentimentos e auxiliando na compreensão da situação vivenciada, proporcionando também, um clima de confiança entre o paciente e a equipe de saúde, facilitando a verbalização das fantasias advindas do processo cirúrgico. A efetivação de um bom acompanhamento psicológico no pré-operatório tem influência direta nas reações do paciente no trans e pós-operatório, já que existem relações entre o estado emocional do paciente nessas três fases da cirurgia (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

Os estudos de Angerami-Camon, Trucharte, Knijnik et al. (1995) ressaltam a importância da presença de um elemento mais voltado à atenção a pessoa que possa ouvir o outro lado de suas queixas e colocações. A presença do psicólogo auxiliará na redução do estresse do paciente, do médico e dos demais membros da equipe.

## **4 CASUÍSTICA E MÉTODO**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo analítico, prospectivo e transversal.

### **4.2 Local do estudo**

A pesquisa foi realizada no Serviço de Cirurgia Geral e Digestiva da Santa Casa de Misericórdia de Maceió.

### **4.3 População**

#### **4.3.1 Amostragem**

Foram selecionados 90 indivíduos, mas devido à recusa de alguns pacientes foram incluídos apenas 64, que estavam internados para serem submetidos à cirurgia geral ou digestiva, independente do sexo, da escolaridade e classe econômica.

Fizeram parte desse estudo 64 idosos no período compreendido entre junho de 2010 a outubro de 2011, operados no Serviço de Cirurgia Geral e Digestiva pelo Sistema Único de Saúde na Santa Casa de Misericórdia de Maceió.

#### **4.3.2 Critérios de inclusão**

Foram inclusos todos os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos de idade que iriam se submeter à cirurgia eletiva geral ou digestiva e que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa e assinassem o TCLE (Anexo A), previsto e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

#### **4.3.3 Critérios de exclusão**

Foram excluídos os idosos que na aplicação do Teste do Desenho do Relógio e no Mini Exame do Estado Mental apresentou perda da habilidade cognitiva e emocional e aqueles pacientes selecionados que se negaram a responder a FRD e aos outros instrumentos próprios da pesquisa.

#### **4.4 Estratégias para coleta de dados**

A coleta dos dados foi realizada no Pavilhão Oswaldo Brandão Vilela, onde funciona o Serviço de Cirurgia Geral e Digestiva da Santa Casa de Misericórdia de Maceió. Os sujeitos foram informados do sigilo, participação voluntária e anonimato de suas respostas. Após a assinatura do TCLE, a aplicação dos testes foi realizada pela própria pesquisadora.

A aplicação dos testes aconteceu durante o pré e pós-operatório na enfermaria onde se encontrava o paciente. Os sujeitos foram identificados por iniciais fictícias e por um número de ordem preservando a identidade e o sigilo.

Durante a realização da pesquisa surgiram interferências, tais como a realização da reforma, no Pavilhão Oswaldo Brandão Vilela, onde estava sendo realizada a pesquisa, e os vários momentos de remarcação das cirurgias já programadas.

Salientamos, por oportuno, que no local onde foi realizada a pesquisa ocorreram limitações quando da aplicação dos testes devido ao movimento constante de enfermeiros, residentes, auxiliares e familiares dos pacientes, tendo ocasionado interrupção no desenvolvimento do trabalho.

Não obstante a satisfação demonstrada por alguns pacientes ao participarem da pesquisa, outros, após terem recebido as orientações quanto ao procedimento, se recusaram a colaborar, o que impediu de ser apresentada uma maior amostragem. Acreditamos sentiram-se expostos e vulneráveis e, por essa razão, receosos de participar, embora não soubessem explicar o motivo da recusa.

#### **4.5 Instrumentos utilizados**

Para a coleta de dados foi utilizada uma ficha de recolhimento de dados (FRD) (Apêndice A) composta pelos dados de identificação do paciente, a situação sócioeconômica, o grau de instrução, o tipo de cirurgia e os resultados dos seguintes testes: Teste do Desenho do Relógio, Mini Exame do Estado Mental, Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp e Escala de Estresse Percebido.

Os testes utilizados nesta pesquisa foram escolhidos com base na validação dos mesmos em pesquisas com idosos.

Para avaliação da habilidade cognitiva o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo B) e o Teste do Desenho do Relógio (TDR) (Anexo C) auxiliaram na detecção dos sinais de demência ou déficit cognitivo. A opção pelo uso dos dois testes favoreceu a aplicação em pacientes com diferentes graus de escolaridade. O TDR torna-se limitado quando usado isoladamente. Por isso, foi usado o MEEM juntamente.

A aplicação da Escala de Estresse Percebido (EEP) permitiu uma avaliação pessoal de como o idoso tem se percebido diante de seus problemas e o controle sobre si mesmo e das situações ao redor. A aplicação desta escala também permitiu abordar aspectos que não estão contemplados no ISSL.

Utilizou-se o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) para contemplar os aspectos físicos e emocionais com clareza e por ser amplamente utilizado por apresentar de forma objetiva as fases do estresse.

O Teste do Desenho do Relógio é um instrumento clínico e de pesquisa desenvolvido para detectar prejuízo cognitivo. Envolve a compreensão verbal do comando, planejamento, memória visual, habilidade viso espacial programação e execução motoras, conhecimento numérico e pensamento abstrato. Avalia as funções frontais e têmporo parietais. Tem influência da escolaridade.

Procedimento: Foi solicitado ao paciente que acrescentasse os ponteiros do relógio, de horas e minutos, no círculo previamente desenhado, marcando onze horas e dez minutos. A interpretação do Teste, segundo Shulman (2000) contem uma pontuação que varia de zero a cinco pontos, assim descritos: 0 – inabilidade absoluta de representar o relógio; 1 – o desenho tem algo a ver com o relógio; mas com desorganização viso espacial grave; 2 – desorganização viso espacial que leva a uma marcação de hora incorreta, preservação, confusão esquerda direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso; 3 – distribuição viso espacial correta com marcação errada da hora; 4 – pequenos

erros espaciais com dígitos e hora corretos; 5 – relógio perfeito. O modo de correção avalia os erros cometidos pelo examinando.

O Mine Exame do Estado Mental é um instrumento clínico e de pesquisa que permite a avaliação da função cognitiva em pacientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate e atenção) e evocação, cálculo, praxia, habilidades de linguagem e viso espaciais. O MEEM fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejadas com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. Para a interpretação do MEEM soma-se um ponto a cada questão com um total máximo de 30 pontos. Utilizamos a pontuação de corte de acordo com Bertolucci e cols. (1994), sendo 13 pontos para analfabetos; 18 pontos com escolaridade entre 1 a 8 anos e 26 pontos acima de 8 anos de escolaridade.

Para a avaliação do nível de estresse os instrumentos utilizados foram a Escala de Estresse Percebido (EEP) (Anexo D) e o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) (Anexo E).

A Escala de Estresse Percebido mensura o estresse percebido, ou seja, mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes. A EEP possui quatorze questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13), ou seja, demonstram ausência de estresse, têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira: 0=4; 1=3; 2=2; 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas indicando a presença de estresse e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações, inclui a auto-avaliação do estado de saúde, percepção da situação econômica, da memória, satisfação com a vida e acontecimento de eventos negativos. Em cada questão foi pedido ao paciente que indicasse o quão frequentemente ele tem se sentido em relação a cada item do teste indicando uma alternativa: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre. Todas as questões foram respondidas referentes ao último mês. Foi utilizada a versão Brasileira da Escala de Estresse

Percebido: tradução e validação para idosos (Luft, Sanches e Mazo, 2007). Em relação aos resultados da escala, é comum a prática de enquadrar os escores em categorias, como: baixo, médio, alto. No entanto, os autores da escala não recomendam esta prática, pois ao se agrupar diferentes escores em uma mesma categoria, perde-se precisão nas análises estatísticas.

O Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp, validado por Lipp e Guevara em 1994 e padronizado por Lipp em 2000, visa identificar de modo objetivo a sintomatologia que o paciente apresenta, avaliando se este possui sintomas de estresse, o tipo de sintoma existente (se somático ou psicológico) e a fase em que se encontra. É composto de três quadros que se referem às quatro fases do estresse. As fases descritas por Lipp são: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. Em cada quadro são apresentados sintomas físicos e psicológicos. No primeiro quadro, composto de doze sintomas físicos e três psicológicos será assinalado os sintomas que tenha sido experimentado nas últimas 24 horas. No segundo, composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, referem-se aos sintomas experimentados na última semana. No quadro três, composto de doze sintomas físicos e onze psicológicos, assinalam-se os sintomas experimentados no último mês. No total o ISSL compõe-se de 53 itens: sendo 34 de natureza somática e 19 de psicológica, sendo os sintomas muitas vezes repetidos, diferindo somente em sua intensidade e seriedade. O diagnóstico é positivo para estresse a partir da soma dos sintomas de cada quadro do inventário, sendo que ao atingir o número limite determinado (maior que 6 no quadro 1, ou maior que 3 no quadro 2 ou ainda maior que 8 no quadro 3), concebe-se que o sujeito tem estresse, esclarecendo qual a fase que ele se encontra e se pode estar evoluindo para estágios mais graves do estresse. Os dados do ISSL foram analisados pela fase, a sintomatologia e a presença de estresse de acordo com o sexo.

#### 4.5.1 Procedimentos na aplicação dos instrumentos

Os pacientes internados que preencheram aos critérios de inclusão foram inicialmente abordados pela pesquisadora, que explicou o motivo da pesquisa e todos os passos de levantamento de dados para seu desenvolvimento. Foi preenchida, pela pesquisadora, a Ficha de Recolhimento de Dados de todos os sujeitos da pesquisa, assim como o Mini Exame do Estado Mental, de acordo com

as respostas obtidas pelos pacientes, com exceção do item copie este desenho. Em seguida, foi entregue o Teste do Desenho do Relógio e solicitado que acrescentasse os ponteiros marcando onze horas e dez minutos. Em estando de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, o próximo passo foi a aplicação dos testes específicos, preenchidos pela pesquisadora, para avaliação do estresse: aplicação da Escala de Estresse Percebido e do Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp.

No momento da alta foram reaplicados a Escala de Estresse Percebido (EEP) e o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL). Em seguida, a coleta de informações sobre as intercorrências durante o transoperatório e o pós-operatório.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob o parecer de número 026545/2009-33 (Anexo F). O TCLE baseou-se na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

#### **4.7 Análise dos dados por métodos estatísticos**

O banco de dados foi organizado em categorias e digitado pelo programa Epi Info.

Foram aplicados testes estatísticos para análise e avaliação dos resultados. As variáveis foram submetidas inicialmente a estatística descritiva e tabelas de frequência. Para comparação das variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-Quadrado e/ou o teste exato de Fisher. Para comparar as variáveis numéricas entre os grupos foram utilizados os testes de Mann-Whitney (dois grupos) e de Kruskal Wallis (três ou mais grupos). Para verificar os dois momentos de uma mesma amostra foi utilizado o teste T Pareado, e Odds Ratio para avaliação do grau de estresse e sua relação com as variáveis: sexo, escolaridade e situação socioeconômica. Para a realização da análise estatística utilizou-se  $p$  menor ou igual a 0,05.

O sistema de correção para análise dos dados do ISSL foi informatizado e autorizado pela Casa do Psicólogo, instituição que comercializa e disponibiliza o teste.



## **5 RESULTADOS**

Serão apresentados os resultados, os quais foram divididos em: caracterização da amostra e avaliação do nível de estresse, de acordo com a Escala de Estresse Percebido e Inventário de Estresse para Adultos de Lipp, nos períodos pré e pós-operatório; Teste do Desenho do Relógio e Mini Exame do Estado Mental. Dois pacientes faleceram após o procedimento cirúrgico.

### **5.1 Caracterização da amostra**

#### **5.1.1 Sexo**

A amostra caracterizou-se pelo predomínio de mulheres. Os dados da Tabela 1 mostram que, dos 64 pacientes idosos (65,6%) foram do sexo feminino e 34,4% do sexo masculino.

#### **5.1.2 Escolaridade**

A maioria dos idosos era de analfabetos ou que estudaram até a 3ª série do ensino fundamental (54,7%).

#### **5.1.3 Situação Econômica**

Houve predominância da classe econômica C (51,6%), na amostra total, correspondente a renda familiar de R\$ 927,00 (novecentos e vinte e sete reais).

#### **5.1.4 Tipo de cirurgia**

Quanto ao tipo de cirurgia, a colecistectomia representou 26,6% da amostra.

O intervalo de confiança foi utilizado e quando apresentarem o valor numérico zero não ocorreu significância estatística.

**Tabela 1 - Distribuição das variáveis selecionadas. Maceió, 2011.**

Variáveis	Categorias	n	%	IC 95%*
Sexo	Feminino	42	65,6	52,7 – 77,1
	Masculino	22	34,4	22,9 – 47,3
Grau de Instrução	Analfabeto/ Até 3ª série	35	54,7	41,7 – 67,2
	Fundamental/ Até 4ª série	17	26,6	16,3 – 39,1
	Fund. Completo	7	10,9	4,5 – 21,2
	Médio completo	1	1,6	0,0 – 8,4
	Superior	4	6,3	1,7 – 15,2
Situação Econômica	Classe A1	1	1,6	0,0 – 8,4
	Classe A2	3	4,7	1,0 – 13,1
	Classe B1	2	3,1	0,4 – 10,8
	Classe B2	10	15,6	7,8 – 26,9
	Classe C	33	51,6	38,7 – 64,2
	Classe D	10	15,6	7,8 – 26,9
Tipo de Cirurgia	Classe E	5	7,8	2,6 – 17,3
	Amputação Abdomino Perineal do Reto	2	3,1	0,4 - 10,8
	Cardioplastia, Esôfagoplastia, Megaesôfago	1	1,6	0,0 - 8,4
	Colecistectomia	17	26,6	16,3 - 39,1
	Colecistectomia e Herniorrafia Epigástrica	1	1,6	0,0 - 8,4
	Colecistectomia s/ Colangio	1	1,6	0,0 - 8,4
	Colectomia parcial	2	3,1	0,4 - 10,8
	Colectomia total	1	1,6	0,0 - 8,4
	Colpoperineoplastia	1	1,6	0,0 - 8,4
	Enterectomia	1	1,6	0,0 - 8,4
	Neoplasia maligna da pele	1	1,6	0,0 - 8,4
	Gastrectomia total	2	3,1	0,4 - 10,8
	Gastrectomia em Oncologia	1	1,6	0,0 - 8,4
	Hernioplastia Epigástrica	1	1,6	0,0 - 8,4
	Herniorrafia Epigástrica	1	1,6	0,0 - 8,4
	Herniorrafia Inguinal	9	14,1	6,6 - 25,0
	Herniorrafia Inguinal Unilateral	1	1,6	0,0 - 8,4
	Herniorrafia Umbilical	1	1,6	0,0 - 8,4
	Histerectomia Total	1	1,6	0,0 - 8,4
	Histerectomia total c/ Anexectomia	2	3,1	0,4 - 10,8
	Histerectomia Vaginal	1	1,6	0,0 - 8,4
	Laparotomia Exploradora	4	6,3	1,7 - 15,2
	Mastectomia Radical	1	1,6	0,0 - 8,4
	Neoplasia do Pâncreas	1	1,6	0,0 - 8,4
	Ressec. Tumor de Glândula	1	1,6	0,0 - 8,4
	Retossigmoidectomia Abdomino-Perineal	1	1,6	0,0 - 8,4
	Retossigmoidectomia Abdominal	4	6,3	1,7 - 15,2
	Setorectomia	2	3,1	3,1 - 10,8
	Tireoidectomia total	1	1,6	0,0 - 8,4
	Tireoidectomia parcial	1	1,6	0,0 - 8,4

Fonte: Autora, 2011.

## 5.2 Avaliação do nível de estresse, de acordo com a Escala de Estresse Percebido

Observa-se na Tabela 2 que dos 64 pacientes, a questão nº 12, considerada de conotação negativa, obteve maior média (M= 3,01; DP=1,20). Nesse item houve maior nível de estresse, antes da cirurgia. A questão nº 06 obteve média mais baixa (M=0,62; DP=0,91), indicando baixo índice de estresse nesse item.

**Tabela 2 - Distribuição da análise das médias da Escala Estresse Percebido no pré-operatório. Maceió, 2011.**

Questões	Média	Desvio-padrão
1. Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	1,79	1,58
2. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	1,54	1,37
3. Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	1,75	1,34
4. Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	1,03	1,09
5. Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida	0,70	0,98
6. Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0,62	0,91
7. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	1,32	1,31
8. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	1,81	1,46
9. Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0,76	0,97
10. Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0,92	1,14
11. Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	1,81	1,21
12. Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	3,01	1,20
13. Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0,64	1,10
14. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	1,64	1,40

Fonte: Autora, 2011.

Verificou-se na Tabela 3 que as questões 8, 11 e 12, respectivamente, (M=2,09; DP=1,32), (M=2,24; DP=1,38) e (M=3,33; DP=0,93) foram significativas

indicando presença de estresse nesses itens no retorno da cirurgia. A menor média apresentou a questão nº 6 ( $M=0,56$ ;  $DP=0,82$ ) demonstrando menor nível de estresse.

**Tabela 3 - Distribuição da análise das médias da Escala Estresse Percebido no pós-operatório. Maceió, 2011.**

Questões	Média	Desvio-padrão
1. Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	1,83	1,46
2. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	1,90	1,51
3. Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	1,80	1,22
4. Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	1,02	1,13
5. Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0,84	0,97
6. Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0,56	0,82
7. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	1,33	1,35
8. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	2,09	1,32
9. Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0,67	1
10. Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0,85	1,06
11. Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	2,24	1,38
12. Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	3,33	0,93
13. Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0,62	0,85
14. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	1,83	1,29

Fonte: Autora, 2011.

### 5.3 Avaliação do nível de estresse em associação com as variáveis

Os dados da Tabela 4 mostram que as mulheres apresentaram maior índice de estresse percebido ( $M=21,09$ ;  $DP=8,29$ ), no pré-operatório, do que os homens ( $M=15,09$ ;  $DP=9,20$ ). Houve diferença estatística significativa ( $p=0,012$ ). Em relação à escolaridade, quanto menor o grau, maior o nível de estresse ( $M=20,75$ ;  $DP=8,97$ ). Entretanto, não houve diferença estatística significativa. Em relação à situação econômica, não houve diferença significativa entre as classes ( $p=0,062$ ).

**Tabela 4 - Distribuição da análise das médias da Escala Estresse Percebido no pré-operatório, segundo variáveis selecionadas. Maceió, 2011.**

Variável	Categoria	n	Média	Desvio-padrão	P*
Sexo	Feminino	42	21,09	8,29	0,012
	Masculino	22	15,09	9,20	
Escolaridade	Analfabetos	35	20,75	8,97	0,082
	Alfabetizados	29	16,96	8,75	
Sit. Econômica	Classes A e B	16	15,38	7,45	0,062
	Classes C, D e E	48	20,25	9,22	

\* Teste Kruskal-Wallis

Fonte: Autora, 2011

Verificou-se na Tabela 5 que as mulheres apresentaram maior índice de estresse percebido, no pós-operatório, do que os homens (M=23,15; DP=7,10) e (M=16,05; DP=8,67), respectivamente. A diferença estatística foi significativa ( $p=0,001$ ). Em relação à escolaridade, verificou-se que quanto menor a escolaridade, maior o nível de estresse. A média de pontuação foi de 21,55 pontos para analfabetos. No entanto, não houve diferença estatística. Em relação à situação econômica, não foram verificadas diferença estatisticamente significativa entre as classes ( $p>0,05$ ).

**Tabela 5 - Distribuição da análise das médias da Escala Estresse Percebido no pós-operatório, segundo variáveis selecionadas. Maceió, 2011.**

Variável	Categoria	n	Média	Desvio-padrão	P*
Sexo	Feminino	41	23,15	7,10	0,001
	Masculino	21	16,05	8,67	
Escolaridade	Analfabetos	34	21,55	8,20	0,35
	Alfabetizados	28	19,75	8,50	
Sit. Econômica	Classes A e B	16	19,32	9,80	0,48
	Classes C, D e E	46	21,23	7,78	

\* Teste Kruskal-Wallis

Fonte: Autora, 2011.

#### 5.4 Avaliação do estresse percebido na amostra total

Na Tabela 6 foi verificada diferença estatística na amostra com 62 pacientes em momentos distintos ( $p < 0,05$ ). A média da soma de estresse percebido no pré-operatório foi inferior ( $M=19$ ;  $DP=8,68$ ) a soma de estresse percebido no pós-operatório ( $M=20,74$ ;  $DP= 8,31$ ).

**Tabela 6 - Distribuição da análise de média pareada da soma de Estresse Percebido no pré e pós-operatório. Maceió, 2011.**

Variável	n	Média	Desvio-padrão	P*
Soma estresse percebido pré	62	19	8,68	0,000
Soma estresse percebido pós	62	20,74	8,31	

\* Teste T Pareado

Fonte: Autora, 2011.

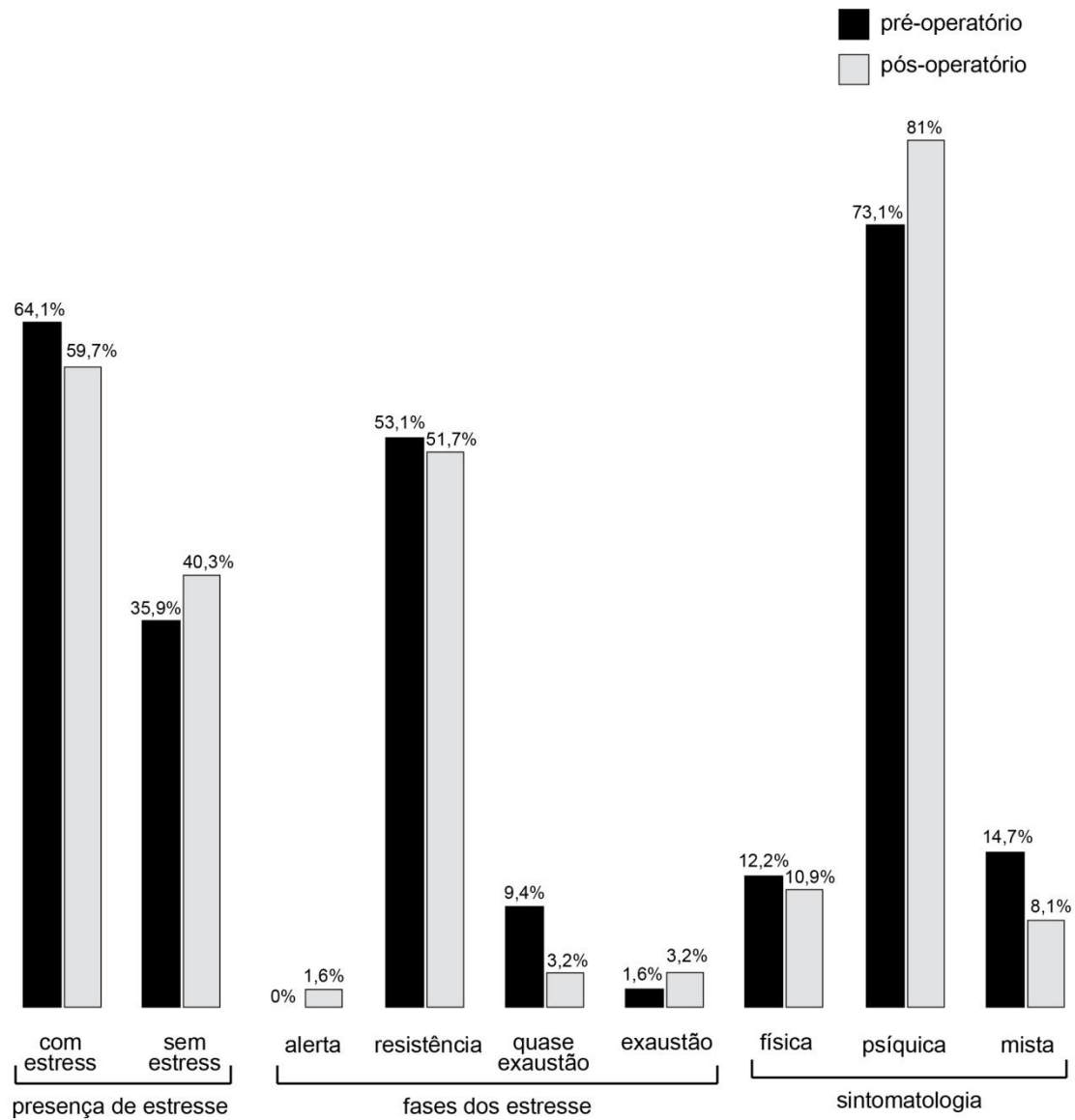
#### 5.5 Modelo Teórico de Avaliação do Estresse (Lipp, 2000)

Foi verificada a presença de estresse no período pré-operatório em 64,1% dos pacientes que seriam submetidos à cirurgia e 59,7% apresentaram sintomas de estresse, no pós-operatório.

A maioria dos participantes (53,1%) encontrava-se na fase de resistência antes da cirurgia e 51,7% após a cirurgia.

Houve prevalência dos sintomas psicológicos no pré-cirúrgico (73,1%) e no pós-cirúrgico (81%), conforme a Figura 1.

**Figura 1 - Representação gráfica dos resultados percentuais do ISSL, no pré e pós-operatório. Maceió, 2011.**



Fonte: Autora, 2011.

A Tabela 7 mostra os sintomas psíquicos, da fase de resistência, no período pré-operatório, e, com maior frequência: pensar constantemente em um só assunto (82,3%), seguido da sensibilidade emotiva e diminuição da libido, ambos com 67,6%.

**Tabela 7 - Prevalência de sintomas psíquicos da fase de resistência em pacientes no pré-operatório. Maceió, 2011.**

Sintomas	%
Pensar constantemente em um só assunto	82,3
Sensibilidade emotiva	67,6
Diminuição da libido	67,6
Irritabilidade excessiva	41,2
Dúvida quanto a si próprio	35,3

Fonte: Autora, 2011.

Durante o período pós-operatório ocorreu, também, maior prevalência do sintoma: pensar constantemente em um só assunto (93,7%), seguido da sensibilidade emotiva e diminuição da libido, ambos com 68,7%, conforme a Tabela 8.

**Tabela 8 - Prevalência de sintomas psíquicos da fase de resistência em pacientes no pós-operatório. Maceió, 2011.**

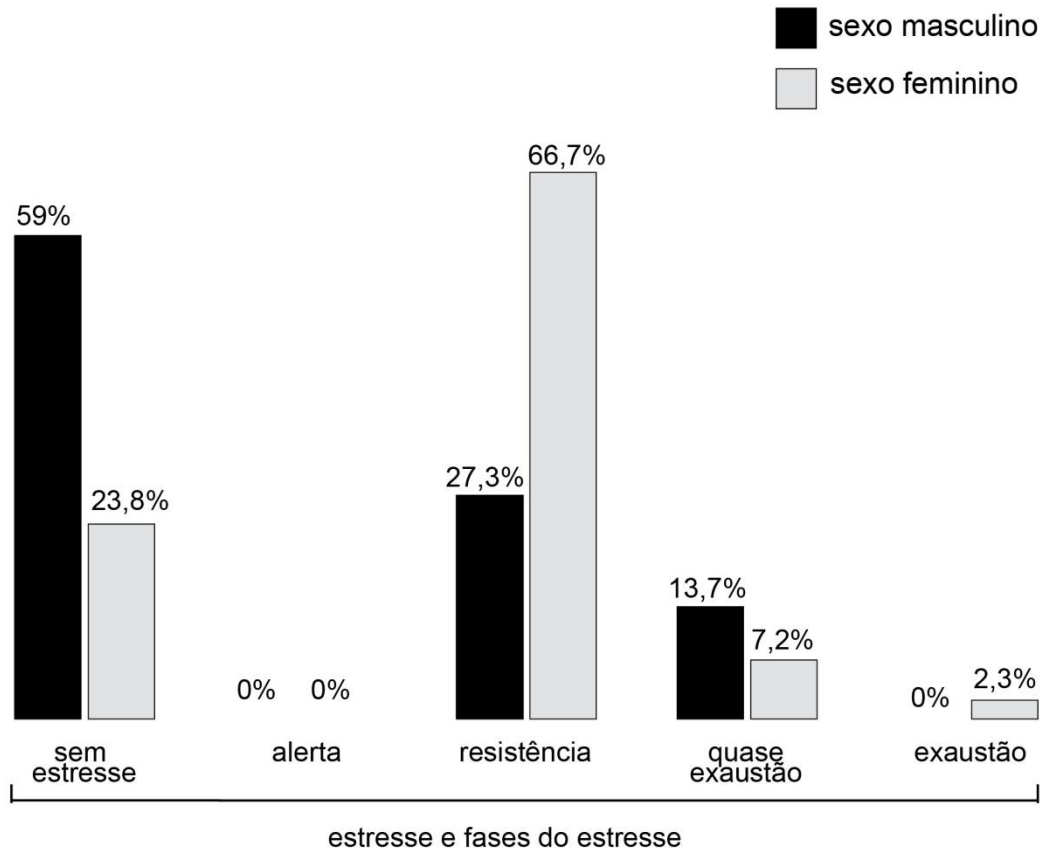
Sintomas	%
Pensar constantemente em um só assunto	93,7
Sensibilidade emotiva	68,7
Diminuição da libido	68,7
Dúvida quanto a si próprio	43,7
Irritabilidade excessiva	40,6

Fonte: Autora, 2011.

A Figura 2 revela a distribuição da amostra de acordo com o sexo e a fase do estresse detectada. O sexo masculino apresentou um índice maior sem estresse (59%) contra 23,8% do sexo feminino. Um efeito diferencial do sexo, no período pré-operatório, pode ser visto em que 66,7% das mulheres encontrava-se em resistência, já os homens com apenas 27,3%, no geral. Porém deve-se ressaltar que 13,7% dos homens encontravam-se na fase de quase-exaustão, enquanto as mulheres com 7,2%, no período pré-operatório.



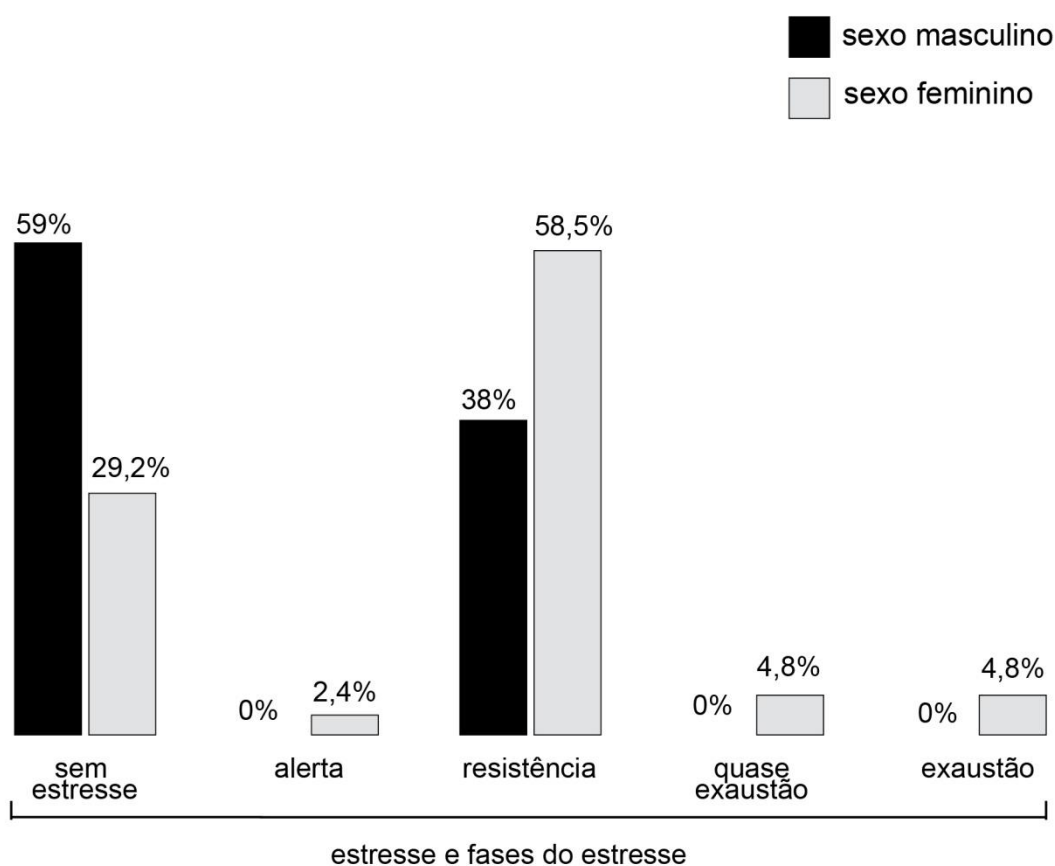
**Figura 2 - Representação gráfica dos resultados percentuais do ISSL, referente ao sexo, no pré-operatório. Maceió, 2011.**



Fonte: Autora, 2011.

Pode-se verificar na Figura 3 que no pós-operatório 59% dos homens não apresentaram estresse, enquanto 29,2% das mulheres têm estresse. Além disto, 58,5% das mulheres encontrava-se em resistência e apenas 38% dos homens estavam nessa fase.

**Figura 3 - Representação gráfica dos resultados percentuais do ISSL, referente ao sexo, no pós-operatório. Maceió, 2011.**



Fonte: Autora, 2011.

## 5.6 Correlações do estresse com as variáveis selecionadas

Os resultados que estão na Tabela 9 mostram que, somente a variável sexo apresentou associação com estresse, no pré-operatório, com  $OR=4,62$  e  $IC95\%$  (1,53-13,94) demonstrando que é estatisticamente significante.

**Tabela 9 - Associação entre sexo, escolaridade, situação econômica e estresse no pré-operatório, segundo o ISSL. Maceió, 2011.**

Variável	Sim		Não		O.R.	Intervalo
	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>						
Feminino	32	76,2	10	23,8	4,62	1,53 – 13,94
Masculino	9	40,09	13	59,1		
<b>Escolaridade</b>						
Analfabetos	24	68,6	11	31,4	1,55	0,55 – 4,3
Alfabetizados	17	58,6	12	41,4		
<b>Sit. Econômica</b>						
Classes A e B	10	62,5	6	37,5	0,91	0,28 – 2,95
Classes C, D e E	31	64,6	17	35,4		

\* (OR) Odds Ratio – (IC) Intervalo de Confiança

Fonte: Autora, 2011.

Os dados da Tabela 10 mostram que, a variável sexo e a situação econômica apresentaram associação com estresse, no pós-operatório, com OR=3,92; IC<sub>95%</sub> (1,29 -11,89) e OR= 1,59; IC<sub>95%</sub> (0,08-0,95) respectivamente, demonstrando que é estatisticamente significativa.

**Tabela 10 - Associação entre sexo, escolaridade, situação econômica e estresse no pós-operatório, segundo o ISSL. Maceió, 2011.**

Variável	Sim		Não		O.R.	Intervalo
	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>						
Feminino	29	70,7	12	29,3	3,92	1,29 – 11,89
Masculino	8	38,1	13	61,9		
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	22	64,7	12	35,3	1,59	0,57 – 4,42
Alfabetizado	15	53,6	13	46,4		
<b>Sit. Econômica</b>						
Classes A e B	6	37,5	10	62,5	0,29	0,08 – 0,95
Classes C, D e E	31	67,4	15	32,6		

Fonte: Autora, 2011.

## 5.7 Teste do Desenho do Relógio

A Tabela 11 demonstra que, 35 pacientes (54,7%) da amostra total no TDR obtiveram a pontuação zero, devido à inabilidade de representarem o desenho do relógio.

**Tabela 11 - Descrição do Teste do Desenho do Relógio. Maceió, 2011.**

<b>Pontuação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0	35	54,7
1	11	17,2
2	3	4,7
3	2	3,1
4	12	18,8
5	1	1,6
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fonte: Autora, 2011.

### **5.8 Teste do Mini Exame do Estado Mental**

Na avaliação da função cognitiva o Mini Exame do Estado Mental indicou que 100% dos entrevistados não apresentaram déficit cognitivo.

## **6 DISCUSSÃO**

### **6.1 Caracterização da amostra**

Em relação ao sexo foi predominante em nossa amostra um maior percentual de mulheres. Os resultados confirmam o Censo de 2010 que apresenta o número de mulheres entre 60 e 74 anos com um percentual de 4,2% e o de homens, na mesma faixa etária, de 3,7% da população brasileira (IBGE, 2010).

A pesquisa demonstra que quanto ao grau de instrução, a maioria dos pacientes idosos não era alfabetizada ou estudaram até a 3ª série. Confirmando os nossos resultados, dados do IBGE (2010) em Alagoas demonstram que 53,7% dos idosos com 60 anos ou mais, não têm instrução ou estudaram menos de um ano.

A situação socioeconômica predominante foi a da Classe C, correspondente a renda familiar de R\$ 927,00. Dados do IBGE (2010) demonstram que, em Alagoas, 15,2% das pessoas com 60 anos ou mais recebem entre um a dois salários mínimos.

Observou-se que dos 64 pacientes que se submeteram às cirurgias eletivas, houve um maior índice de colecistectomia, com prevalência no sexo feminino. Dados que correspondem aos apresentados pelo DATASUS de 2007, onde a colecistectomia é uma das cirurgias mais frequentes no Brasil e corroboram os achados de Torres et al. (2005) onde a prevalência desta doença aumenta com a idade e com maior frequência no sexo feminino.

### **6.2 Avaliação do nível de estresse percebido**

Foram analisadas através da Escala de Estresse Percebido as médias e o desvio-padrão relativos a cada questão do teste, em toda a amostra. No pré-operatório apenas a questão relativa ao fato da pessoa se encontrar com pensamento fixo sobre as coisas que deve acontecer no internamento obteve maior média, evidenciando presença de estresse (Tabela 2).

Após a cirurgia, houve três questões que corresponderam à presença de estresse com médias significativas, tais como: a pessoa tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que tem que enfrentar, fica irritado (a) porque

as coisas que acontecem estão fora do seu controle e encontra-se pensando sobre as coisas que provavelmente vão acontecer (Tabela 3). Esses dados evidenciam as dificuldades do idoso em lidar com o estresse cirúrgico pelo alto nível de ansiedade, de temor a morte, medo de perda da autonomia, o que aumentará ou criará problemas no convívio familiar e social. Os estudos descritos por Sebastiani e Maia (2005) confirmam esses achados onde diante do procedimento cirúrgico o paciente percebe o seu futuro como incerto e surgem variados medos, como dor, incapacidade, morte, entre outros. Dados confirmados também pelos estudos de Juan (2007) onde o procedimento cirúrgico provoca sensação de ausência de controle e o paciente sente-se ameaçado por se submeter a uma técnica invasiva.

No pré e pós-operatório a questão sobre o sentimento de confiança na habilidade do idoso em resolver problemas pessoais teve a menor média, indicando baixo índice de estresse nesse item, na análise da Escala de Estresse Percebido (Tabelas 2 e 3). Com base nesse resultado podemos verificar a relação existente entre a menor e maior média sobre a percepção do estresse percebido pelo idoso frente ao ato cirúrgico.

Durante o desenvolvimento adulto os idosos têm maior probabilidade de enfrentar eventos estressores específicos, como os procedimentos cirúrgicos, porém a incerteza diante da possibilidade de não ter mais controle sobre si mesmo, deixam os mais vulneráveis para lidar com a perda ou a ameaça de perda. Dados semelhantes a esses foram encontrados por Jucá (1991); Colloca, Santoro, Gambassi (2010) onde os pacientes idosos são menos capazes de tolerar o estresse operatório ou suas complicações do que os pacientes mais jovens.

Embora não tenha sido uma variável de análise desta pesquisa, na percepção durante a aplicação dos questionários e instrumentos, observou-se que a religiosidade exerce forte ação como agente de proteção na diminuição do estresse, variável sustentada na pesquisa de Neri (1995) onde relata que diversas teorias psicossociais tendem a apoiar a ideia de que as crenças existenciais ou religiosas podem diminuir o estresse percebido.

Nos resultados obtidos pela Escala de Estresse Percebido observou-se que os pacientes, tanto do sexo feminino como do masculino, retornaram da cirurgia com

um grau de estresse mais elevado que no período pré-operatório (Tabela 6). Isto provavelmente ocorreu em virtude da elevação do estado de ansiedade e a incerteza, por parte do idoso, do que foi realizado nele durante o procedimento cirúrgico e se a evolução seria de cura, limitações ou novas intervenções. Achados semelhantes a esses nos estudos de Sebastiani (2002) confirmam que pode ocorrer estresse mais no pós-cirúrgico e essa alteração comprometer a capacidade reativa na adaptação do pós-operatório que, geralmente, exige algum nível de transformação e participação ativa no processo de recuperação.

### **6.3 Modelo Teórico de Avaliação do Estresse (Lipp, 2000)**

Constatou-se que a maioria dos pacientes no pré-cirúrgico apresentou sintomas de estresse nos resultados obtidos pelo ISSL. Após a cirurgia um percentual menor de pacientes (59,7%), mas muito significativo, retornaram com estresse (Figura 1). Esses dados foram confirmados em nosso estudo pelo estresse intenso percebido pelo idoso quando submetidos à cirurgia. O estresse cirúrgico traz para o paciente idoso uma quebra no equilíbrio interno. Deste modo, destaca-se a importância dos estudos de Lustosa (2007) sobre a necessidade do acolhimento e da identificação das ansiedades, angústias, medos, dúvidas sobre o estado físico do idoso hospitalizado, em níveis que precisam ser detectados, observados e respeitados. Em outro estudo realizado por Daian, Petroianu e Alberti (2009) utilizando o ISSL, quando se obteve resultados que corroboram os nossos, com maior prevalência dos sintomas de estresse, antes da cirurgia.

Entre os pacientes que apresentaram estresse antes da cirurgia houve predomínio da fase de resistência, permanecendo na mesma fase no período pós-cirúrgico (Figura 1). Achados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Daian, Petroianu e Alberti (2009) e também confirmados por Santos, A. et al. (2006) onde nessas pesquisas predominou a fase de resistência no pré-operatório. Como demonstrado anteriormente, é nesta fase que há acúmulo de novos estressores, o aumento da vulnerabilidade a vírus e bactérias, pouca energia e cansaço. Todos esses aspectos interferem nas condições do paciente idoso e pode prejudicar o processo cirúrgico, como também sua evolução.

Em nosso estudo houve prevalência dos sintomas psíquicos com um percentual maior no pós-operatório (Figura 1). Achados que corroborados pela pesquisa de Lobo Filho et al. (2002) onde são encontrados em cirurgias cardíacas, o que confirma que estas cirurgias de grande porte são avaliadas como altamente ameaçadoras e quanto mais forte o envolvimento mais vulnerável torna-se a pessoa ao estresse psicológico na área daquele envolvimento. Dados também confirmados por Daian et al. (2009) onde houve o predomínio de manifestações psíquicas no período perioperatório.

Destaque importante nesta pesquisa foi os percentuais referentes ao aumento da sintomatologia psíquica no pós-operatório, e que pode prolongar o tempo de recuperação e de internação (Figura 1). Os estudos de Lenardt et al. (2007) confirmam que os pacientes idosos exigem cuidados especiais, no pós-operatório, considerando a fragilidade imposta pela doença, pelas alterações próprias do envelhecimento e, ainda, pela própria situação cirúrgica que provoca estresse físico e psicológico.

A assistência ao idoso em situação cirúrgica difere da atenção que recebe outros grupos etários, pois as próprias mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e da presença de doenças associadas podem comprometer o equilíbrio funcional e aumentar a vulnerabilidade dos idosos de apresentar complicações pós-operatórias. Os procedimentos de cuidado ao idoso foram observados neste estudo e também no de Diogo et al. (2000).

Diante do elevado percentual dos sintomas psíquicos encontrados nessa pesquisa torna-se fundamental o envolvimento da equipe multidisciplinar e o acompanhamento psicológico durante o período de internação do idoso. Pesquisa realizada por Vendites, Almada-Filho, Minossi (2010) revela que a decisão de um tratamento cirúrgico, seja ele eletivo ou de urgência, engloba uma gama de aspectos relativos à geriatria, dos quais deve estar conscientes, o médico-cirurgião, o anestesista, o clínico assistente e toda a equipe multidisciplinar envolvida, o que já se adota no Serviço de Cirurgia Geral e Digestiva da Santa Casa de Misericórdia de Maceió e em outras especialidades.



Seguindo a concepção de Sebastiani e Maia (2005) a efetivação de um bom acompanhamento psicológico no pré-operatório tem influência direta nas reações do paciente no trans e pós-operatório, já que existem relações entre o estado emocional do paciente nessas três fases da cirurgia, as quais são de difícil identificação e abordagem pelo cirurgião.

Entre os sintomas psíquicos o de maior destaque foi: o pensamento fixo no procedimento e em suas consequências, que foi constatado nesta pesquisa tanto no pré-operatório como no pós-operatório, cujos resultados foram estatisticamente significantes entre os gêneros (Tabelas 7 e 8). Característico da fase de resistência, a frequência maior desse sintoma no pós-operatório pode estar associada à perda da autonomia e independência relacionada à perda do controle pessoal sobre os eventos. Em referência a esses aspectos, o estudo de Oliveira e Cupertino (2005) realizado em uma comunidade com 957 idosos observou que os eventos de vida estressantes mais negativos para esse grupo foram: medo da morte ou de perdas funcionais, seguida por agravamento do estado de saúde.

Verificou-se que, o percentual, sem estresse, entre os pacientes do sexo masculino, foi maior que o feminino, no pré-cirúrgico (Figura 2). No período pós-cirúrgico, o sexo masculino continuou predominando sem sintomas de estresse (Figura 3). Nossos resultados indicam que as mulheres avaliaram o evento cirúrgico como estressante, sendo o estresse relacionado com as dificuldades que poderão advir após o recebimento da alta. Estes achados são semelhantes aos encontrados na pesquisa realizada por Lipp, Malagris e Novais (2007) que concluíram existir um número maior de mulheres do que homens com estresse em todos os grupos que foram pesquisados. Resultado semelhante apresenta a pesquisa de Peniche, Jouclas e Chaves (1999) que verificaram a predominância no sexo feminino, quando avaliado o nível de ansiedade, demonstrando ser a ansiedade indicadora de estresse cirúrgico e determinante na evolução, pelos frequentes comportamentos depressivos que as acompanham.

Na fase mais prevalente, de resistência, observou-se um maior percentual do sexo feminino antes da cirurgia (Figuras 2). Resultados semelhantes a nossa pesquisa foram encontrados por Santos, A. et al. (2006) com pacientes no pré-operatório de colecistectomia e por Daian et al. (2009) com pacientes submetidos a

cirurgia de grande porte confirmam os nossos dados. Após a cirurgia um percentual menor de pacientes, mas muito significativo, encontrava-se nessa fase (Figura 3).

Quanto maior o estresse e a tensão no pré-cirúrgico, maiores poderão ser as dificuldades em enfrentar os limites que a cirurgia impõe ao cotidiano do paciente, afirmativa de Godoy et al. (2004) que confirmam nossos achados nesta pesquisa.

Na fase de resistência, apesar de o sexo masculino apresentar menor percentual no pré e pós-operatório, constatou-se, antes da cirurgia, relativamente ao sexo em referência, um significativo percentual na fase de quase-exaustão (Figura 2). Destaca-se este resultado, pois na fase de quase-exaustão há muita ansiedade e a persistência dos fatores estressantes. Faz-se necessário observar as consequências que poderão surgir da fase de resistência no processo cirúrgico e as dificuldades do idoso em lidar com o momento da intervenção cirúrgica. O estudo de Lenardt (1996) aponta que os procedimentos de cuidado realizados durante o período de internação, considerados simples e rotineiros para o profissional, nem sempre têm este significado para o paciente idoso. Estes aparecem como ameaçadores e geradores de conflitos e ansiedades, trazendo desconforto, desconfiança, insegurança e estresse, a ponto de determinar a suspensão da própria cirurgia e um sentimento de impotência e frustração no paciente.

A presença do estresse relacionada às variáveis: sexo, escolaridade e situação econômica, antes da cirurgia, demonstraram que somente a variável sexo teve associação com estresse, com diferença significativa para o sexo feminino que apresentou uma média superior ao masculino (Tabela 9). A variável sexo também foi relacionada à presença de estresse, no período pós-operatório, mas com índices menores, quando comparados ao pré-operatório (Tabela 10). Mais uma vez, o sexo feminino obteve uma média superior ao masculino, enfatizando a relação existente entre o estresse e as mulheres, que foi anteriormente confirmada na pesquisa de Lipp, Malagris e Novais (2007). Os dados vêm apontar que as mulheres avaliaram o ato cirúrgico como um evento muito estressante. Diante desses achados ressalta-se a importância do acompanhamento psicológico e da necessidade de se conhecer melhor o paciente.

A variável situação econômica apresentou significância estatística, no pós-operatório. A diferença entre as classes pode ter ocorrido diante da amostra ter sido colhida em pacientes do SUS, o que se a amostra em nível sócio-econômico fosse homogênea talvez não ocorreria.

#### **6.4 Teste do Desenho do Relógio**

Na avaliação do Teste do Desenho do Relógio um número maior de pacientes idosos demonstrou inabilidade absoluta de representar o relógio (Tabela 11). Esses dados podem ser confirmados pelo baixo nível de escolaridade apresentado pela maioria dos idosos em nossa pesquisa. Pesquisa realizada por Lourenço, R.A.; Ribeiro-Filho, Sérgio; Moreira, I.;Paradela, M.P.; Miranda, A.S.(2008) com 306 indivíduos acima de 65 anos concluíram que o TDR é fortemente influenciado pelo nível educacional, confirmando nossos achados.

#### **6.5 Teste do Mini Exame do Estado Mental**

O Mini Exame do Estado Mental apresentou que, 100% dos pacientes pesquisados não tinham perda da habilidade cognitiva, o que sugere que as pessoas que foram submetidas à cirurgia participaram da decisão. Sob o ponto de vista cognitivo esses dados foram relevantes na aplicação dos testes para a avaliação do nível de estresse.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos relevantes os dados apresentados nesta pesquisa com vistas à aplicação de tratamento adequado a pacientes idosos portadores de vários níveis de estresse, no período que antecede o ato cirúrgico, bem como no pós-operatório, quando esses pacientes são submetidos a cirurgias gerais ou digestivas.

Ressalta-se ainda que o conhecimento sobre o estresse pelos profissionais da saúde é essencial para os procedimentos e tratamento dos pacientes idosos que irá submeter-se à cirurgia, tendo em vista que os aspectos emocionais detectados antes da cirurgia podem interferir no processo cirúrgico e na recuperação pós-operatória.

Esta pesquisa demonstrou ainda em nosso meio a cultura do trabalho isolado dos profissionais de saúde, apesar de ter sido observado o esforço para a implantação e funcionamento do sistema de equipe multidisciplinar.

Destaca-se a escassez de estudos no campo das cirurgias geral e digestiva em idosos relacionados ao estresse cirúrgico. No entanto, essa perspectiva é apenas muito estudada e explorada em procedimentos cardíacos de revascularização do Miocárdio encontrando-se diversas experiências, algumas que ajudaram na discussão deste estudo.

No Serviço de Cirurgia Geral e Digestiva da Santa Casa de Misericórdia de Maceió, durante o período de realização da pesquisa, foram realizados dois (I e II) Simpósios Multidisciplinares em Cirurgia Geral e Digestiva, mas ainda é uma iniciativa incipiente.

Sugere-se que esse estudo deva ser estendido aos pacientes que possuam convênios ou particulares para melhor avaliar a influência do estresse em idosos com nível de escolaridade e sócioeconômico diferenciados dos idosos tratados nessa pesquisa.

Os resultados obtidos com essa pesquisa servirão como base para uma escuta diferenciada dos médicos, residentes e equipe de enfermagem no momento do pré e pós-operatório, pois o paciente idoso requer maiores cuidados que outras

faixas etárias. O estresse deve ser levado em conta para avaliar as condições do indivíduo idoso antes e após a cirurgia.

O processo de escuta permitindo que o paciente fale sobre suas ansiedades antes da cirurgia irão proporcionar bem-estar e a redução das incertezas e inseguranças presentes no pré-operatório. Percebe-se, também, a necessidade cada vez maior do TCLE para pacientes, onde as informações do ato e de suas consequências fiquem bem claros.

Finalmente, ressalta-se neste estudo, a importância da minimização do estresse no período perioperatório como forma de melhorar a qualidade de vida do idoso.

## 8 CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa, concluímos que:

1. A maioria dos pacientes apresentou sintomas de estresse no período perioperatório;
2. Quando da avaliação do nível de estresse utilizando a EEP, o número maior de pacientes retornou com estresse no pós-operatório, enquanto que, quando da aplicação do ISSL, o número maior de pacientes com estresse ocorreu no pré-operatório;
3. Os pacientes do sexo feminino apresentaram maior nível de estresse.

## REFERÊNCIAS

- ALDWIN, C. M. The elders life stress inventory (Elsi). Egocentric and nonegocentric stress. In: STEPHENS, M. A. P. et al. (Orgs.). **Stress and coping in late life families**. Nova York: Hemisphere, 1990. p. 49-69. Disponível em: <<http://www.wustl.edu>>. Acesso em: 10 jan. 2012.
- ALVES, V. C. P. **Stress e qualidade de vida em grupos de idosos: análise e comparação**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Campinas, 2008.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. et al. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1995.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.abep.org.br>>. Acesso em: 20 mar. 2010.
- BARBOSA, F. T.; JUCÁ, M. J.; CASTRO, A. A. Anestesia neuroaxial comparada a anestesia geral para revascularização dos membros inferiores em idosos: revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos aleatórios. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 59, n. 2, p. 234-243, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 5 jun. 2012.
- BARRETO NETO, J. **Avaliação prospectiva do risco cardiopulmonar em cirurgia abdominal alta eletiva**. 2000. Tese (Doutorado em Pneumologia) – Universidade Federal de São Paulo, 2000.
- BERTOLUCCI, P. H. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 7, 1994. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br>>. Acesso em: 4 maio 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATA SUS: Indicadores demográficos.. Disponível em: <<http://www.datasus.gov>>. Acesso em: 18 set. 2011.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF., 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <<http://www.dab.saude.gov.br>>. Acesso em: 8 jan. 2012.
- BURGOS F. A. C.; NERI, A. L. Estresse no desenvolvimento adulto e na velhice: uma revisão. **Rev. Bras. de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v.5, n. 1, p. 103-114, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.upf.br>>. Acesso em: 9 set. 2011.
- CARVALHO, S. R. A carga alostática: uma revisão. **Cadernos de Saúde Coletiva da UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 257-274, 2007. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

COHEN, S.; KARMACK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **J. of Health and Soc. Behavior**, v. 24, p. 4, p. 385-396, 1983. Disponível em: <<http://www.pubmed.gov>>. Acesso em: 4 mar. 2010.

COLLOCA, G.; SANTORO, M.; GAMBASSI, G. Age-related physiologic changes and perioperative management of elderly patients. **Surgical Oncology**, v. 19, p. 124-130, 2010. Disponível em: <<http://www.pubmed.gov>>. Acesso em: 8 maio 2011.

CRITÉRIO de classificação econômica Brasil. Disponível em: <<http://www.abep.org.br>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

DAIAN, M. R.; ANDY, P.; ALBERTI, L. R. Avaliação do estresse psíquico em pacientes submetidos a operações de grande porte sob anestesia geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 245-251, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. et al. Estresse em cirurgias de grande porte. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, p. 4, p. 490-499, 2010. Disponível em: <<http://www.rmmg.medicina.ufmg.br>>. Acesso em: 2 nov. 2011.

DIOGO, M. J. D.; PASCHOAL, S. M. P.; CINTRA, F. A. Avaliação global do idoso. In: DUARTE, Y. A.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 145-171.

FOLKMAN, S. et al. Age differences in stress and coping processes. **Psychology and Aging**, v. 2, p. 171-184, 1987. Disponível em: <<http://www.pubmed.gov>>. Acesso em: 23 maio 2011.

FORTES, T. F. R.; PORTUGUEZ, M. W.; ARGIMON, I. I. de L. A. Resiliência em Idosos e sua relação com variáveis sócio demográficas e funções cognitivas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 4, p. 455-463, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 out. 2011.

GIANNOUDIS, P. V. et al. Surgical stress response. **Injury, Int. Care Injure**, p. 53-59, 2006. Disponível em: <<http://www.injuryjournal.com>>. Acesso em: 9 maio 2011.

GODOY, A. F. R., SARMENTO, S. M. S.; ROMANO B. W. **Depressão e estratégias de enfrentamento em cardiopatas nas fases pré e pós-cirúrgica**. 2004. Monografia (Especialização em Psicologia) - Faculdade Ruy Barbosa, Salvador, 2004.

GREENBERG, J. S. **Administração do estresse**. São Paulo: Manole, 2002.

HALLAS, C. N. et al. Predicting blood pressure reactivity and heart rate variability from mood state following coronary artery bypass surgery. **Int. J. Psychophysiol.**, v. 47, n. 1, p. 43-55, 2003. Disponível em: <<http://www.pubmed.gov>>. Acesso em: 6 nov. 2011.



INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2010: idoso no mundo**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 1 out.2011.

\_\_\_\_\_. **Perfil dos idosos responsáveis por domicílio no Brasil**: informação demográfica e socioeconômica, Rio de Janeiro, 2002. (Estudo & Pesquisa, n. 9). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais. uma análise das condições de vida da população brasileira**: informação demográfica e sócio econômica, Rio de Janeiro, 27, 2010. (Estudos & Pesquisas, 27) Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 jan. 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Estrutura etária**. Disponível em: <<http://ipea.gov.br>>. Acesso em: 07 mar. 2012.

JUAN, K. O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v.5, n. 1, p. 48-59, 2007. Disponível em: <<http://www.pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em: 9 jun. 2011.

JUCÁ, M. J. **Aspectos morfológicos, morfométricos e bioquímicos do duodeno de ratos**. 1991. Dissertação (Mestrado em Gastroenterologia Cirúrgica) – Universidade Federal de São Paulo, 1991.

\_\_\_\_\_. Resposta do organismo no envelhecimento. In: FREIRE, E. (Org.). **Trauma: a doença dos séculos**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999, v. 1 p. 309-315.

LEITE, P. F. **Aptidão física, esporte e saúde**: prevenção e reabilitação. 2. ed., São Paulo: Robe, 1990.

LENARDT, M. H. **O Vivenciar do cuidado natural na situação cirúrgica**. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1996.

LENARDT, M. H. et al. Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. **Texto e Contexto Enfermagem: Universidade Federal de Santa Catarina**, v. 16, n. 4, p. 737-745, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 jun.2011.

LIPP, M. E. N. **O Inventário de sintomas de stress**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. E. N.; GUEVERA, A. J. H. Validação empírica do inventário de sintomas de stress para adultos. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 11, n. 3, p. 43-49, 1994. Disponível em: <<http://www.puc-campinas.edu.br>>. Acesso em: 11 jan. 2012.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, E. N.; NOVAIS, L. E. **Stress ao longo da vida**. São Paulo: Ícone, 2007.

\_\_\_\_\_; PEREIRA, M. B.; SADIR, M. A. Crenças irracionais como fontes internas de stress emocional. **Rev. Bras. Terapia Cognitiva**, Rio de Janeiro, v. 1, p.1, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

LOBO FILHO, J. G. et al. Cirurgia de revascularização coronariana esquerda sem CEC e sem manuseio da aorta em pacientes acima de 75 anos. **Rev. Bras. Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 17, n. 3, p. 208-214, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

LO CICERO, J.; SHAW, J. P. Thoracic surgery in him elderly: áreas of future research and studies. **Thorac. Surg. Clin.**, v. 19, p. 409-413, 2009. Disponível em: <<http://www.pubmed.gov>>. Acesso em: 1 jun. 2011.

LOPES, P. R. O.; ARGIMON, I. I. de L. As interferências do estresse na terceira idade e os recursos disponíveis para enfrentá-lo. **O Portal dos Psicólogos**, Rio Grande do Sul, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt>>. Acesso em: 24 ago. 2011.

LOURENÇO, R. A. et al.; O teste do desenho do relógio: desempenho entre idosos de baixa escolaridade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, p. 4. dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 maio 2012.

LUFT, C. D. B. et al. A versão brasileira da escala de estresse percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública, USP**, São Paulo, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 19 jul. 2009.

LUSTOSA, M. A. Atendimento ao paciente idoso. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 2, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em: 2 jul. 2011.

MAIA, A. B. Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, Universidade do Minho, Centro de Investigação em Psicologia**, v. 2, p. 207-225, 2002. Disponível em: <<http://www.repositorium.sdum.uminho.pt>>. Acesso em: 28 mar. 2010.

MENDONZA, I. Y. Q. **Paciente idoso cirúrgico**: complicações no período de recuperação pós-anestésica. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MORAES, L. O.; PENICHE, A. C. G. Ansiedade e mecanismos de *coping* utilizados por pacientes cirúrgicos. **Rev. Esc. Enfermagem. USP**, v. 37, n. 3, p. 54-62, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 jul.2011.

NERI, A. L. (Org.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papyrus 1995. (Coleção Vivacidade)

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (Org.). **Velhice bem sucedida**: aspectos afetivos e cognitivos. Campinas: Papyrus, 2004. (Coleção Vivacidade)

NORONHA, J. P. N. et al. A influência do estresse na qualidade de vida do idoso. In: Anais da 58ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 58., 2006, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://sbcnet.org.br>>. Acesso em: 13 jul. 2012.

OLIVEIRA, B. H. D.; CUPERTINO, A. P. F. B. Diferenças entre gênero e idade no processo de estresse em uma amostra sistemática de idosos residentes na comunidade. **Estudo Pensa: Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://unati.uerj.br>>. Acesso em: 16 abr.2010.

PAPALÉO NETTO, M.; SALES, R. F. N. **Fisiologia do envelhecimento: aspectos fundamentais**. In: \_\_\_\_\_; BRITO F. C. Urgências em geriatria. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 1-8.

PENICHE, A. C. G.; JOUCLAS, V. M. G.; CHAVES, E. C. A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório. **Revista Esc. de Enfermagem. USP**, v. 33, n. 14, p. 391-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

PEREIRA, A. et al. Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. **Revista Ciências e Cognição**, Rio de Janeiro, v.1, p. 34-53, 2004. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org>>. Acesso em: 30 mar. 2011.

REBELO, F. L. **Análise da sobrecarga nos cuidadores de idosos com demências**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2012.

ROTHENHAUSLER, H. B. et al. Psychiatric and psychosocial outcome of cardiac surgery with cardiopulmonary bypass: a prospective 12-month follow-up study. **Gen. Hosp. Psychiatry.**, v. 27, n. 1, p. 18-28, 2005. Disponível em: <<http://www.pubmed.gov>>. Acesso em: 11 set. 2011.

SANTOS A. F. et al. Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 63-73, 2006. Disponível em: <<http://www.sumarios.org>>. Acesso em: 6 ago. 2011.

SEBASTIANI, R. W. Atendimento psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: ANGERAMI-CAMON, W. A. (Org.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**, São Paulo, 27-72, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 7 ago. 2011.

SEBASTIANI, R. N.; MAIA E. M. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 50-55, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

SODERMAN, E. LISSPERS, J. SUNDIN, O. Impact of depressive mood on lifestyle changes in patients with coronary artery disease. **J. Rehabil Med.**, v. 39, n. 5, p. 412-417, 2007. Disponível em: <<http://pubmed.gov>>. Acesso em: 14 jun. 2011.

SOUZA, E. C. A. et al. Avaliação pré-anestésica no paciente idoso. **Prática Hospitalar**, São Paulo, Ano 9. n. 54. nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br>>. Acesso em: 14 mar. 2011.

STRAUB, R. H. et al. The process of aging changes the interplay of the immune, endocrine and nervous systems. **Mech. Ageing. Develop.**, v. 122, p. 1591-1611, 2001. Disponível em: <<http://www.pubmed.gov>>. Acesso em: 2 jun. 2011.

TANGANELLI, M. S. L. **Mulher chefe de família**: perfil, estudo e tratamento do stress. 2001. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade Federal de São Paulo, Campinas, 2001.

TORRES, O. J. M. et al. Prevalência ultrasonográfica de litíase biliar em pacientes ambulatoriais. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 47-49, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 jul. 2011.

VASCONCELOS FILHO, P. O.; CARMONA, M. J. C.; AULER JR, J. O. C. Peculiaridades no pós-operatório de cirurgia cardíaca no paciente idoso. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 54, p. 5, p. 707-727, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 7 jun. 2012.

VENDITES, S.; ALMADA-FILHO, C. M.; MINOSSI, J. G. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. **ABCD Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 173-182, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 nov. 2011.

## APÊNDICE

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**TÍTULO: AVALIAÇÃO DO ESTRESSE EM IDOSOS SUBMETIDOS À CIRURGIA  
ELETIVA GERAL OUDIGESTIVA.**

#### FICHA DE RECOLHIMENTO DE DADOS

#### I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

SEXO:  Masculino  Feminino

**SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA**(fonte ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa)(faça um círculo no número correspondente da quantidade)

Posse de itens	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

**GRAU DE INSTRUÇÃO**(marque um x)

-Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3a. Série Fund.	
-Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4a. Série Fundamental	
-Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	
-Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	
- Superior Completo		

**II - TIPO DE CIRURGIA:** \_\_\_\_\_

**III - TESTES DE COGNIÇÃO**

TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO \_\_\_\_\_

MINI MENTAL \_\_\_\_\_

**APLICAÇÕES DO TESTE DE LIPP (ISSL):**

PRÉ-CIRÚRGICO \_\_\_\_\_

PÓS-CIRÚRGICO \_\_\_\_\_

**APLICAÇÃO DO ESCALA ESTRESSE PERCEBIDO (EEP):**

PRÉ-CIRÚRGICO \_\_\_\_\_

PÓS-CIRÚRGICO \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXOS**

## Anexo A

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)**

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu.....

tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo **Avaliação do estresse em idosos submetidos à cirurgia eletiva geral ou digestiva**, recebi de Sandra Lopes Cavalcanti responsável por sua execução as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a avaliar o grau de estresse em idosos submetidos à cirurgia geral e digestiva eletiva na Santa Casa de Misericórdia de Maceió e sua relação com sinais e sintomas psicossomáticos apresentados. Que o estresse é algo que acontece quando estamos preocupados com algo e que pode trazer doenças.
  - Que a importância deste estudo é que, com o conhecimento do nível de estresse e dos fatores que o provocam podemos propor intervenções que possam melhorar o estado cirúrgico pré e pós-operatório.
  - Que os resultados que se desejam alcançar é que na avaliação pré-operatória o estresse seja observado e registrado.
  - Que esse estudo começará em março de 2010 e terminará em março de 2012.
  - Que o estudo será feito com a aplicação de uma ficha de recolhimento de dados, um teste do relógio e mini mental e duas escalas de stress.
  - Que eu participarei da etapa das entrevistas e dos testes.
  - Que não existem outros meios conhecidos para se obter os mesmos resultados.
  - Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são emocionais, não havendo riscos a minha saúde física e que contarei com a assistência do pesquisador.
  - Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente será a melhora no atendimento ao idoso submetido à cirurgia quanto aos fatores que podem provocar o estresse.
  - Que a minha participação será acompanhada durante a entrevista e os testes e depois caso eu deseje conversar com a equipe de pesquisadores.
  - Que todo o processo será gravado.
  - Que, sempre que desejar será fornecido esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
  - Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
  - Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em



**Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)**

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

dele participar e, portanto, DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Contato de urgência:** Sandra Lopes Cavalcanti

Rua: Progresso, 217- Serraria – Maceió-Al / 57.046-000

3328-6794/9916-7113

Próximo a Fundação Bradesco

**Endereço d(os, as) responsáveis(l,is) pela pesquisa: Mario Jorge Jucá e Sandra Lopes Cavalcanti**

Instituição: UFAL - FAMED

Endereço Rua Lourival Cesar SN Tabuleiro dos Martins

Cidade Universitária - FAMED

Bairro: /CEP/Cidade: Maceió, Al

Telefones p/contato: 3214-1141

**ATENÇÃO:** Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:****Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária****Telefone: 3214-1041**

Maceió,

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal - (Rubricar as demais folhas)	Nome e Assinatura do(s) responsável (eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

**Anexo B****MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL**

Nome: .....

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Orientação no tempo**

- Em que ano estamos? \_\_\_\_\_
- Em que estação do ano nós estamos? \_\_\_\_\_
- Em que mês nós estamos? \_\_\_\_\_
- Em que dia da semana nós estamos? \_\_\_\_\_
- Em que dia do mês nós estamos? \_\_\_\_\_

**Orientação no espaço**

- Em que Estado nós estamos? \_\_\_\_\_
- Em que Cidade nós estamos? \_\_\_\_\_
- Em que Bairro nós estamos? \_\_\_\_\_
- O que é este prédio em que estamos? \_\_\_\_\_
- Em que andar nós estamos? \_\_\_\_\_

**Registro**

Vou dizer três palavras e o(a) Sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. As palavras são:

- CARRO \_\_\_\_\_
- VASO \_\_\_\_\_
- BOLA \_\_\_\_\_

**Atenção e Cálculo**

Agora gostaria que o Sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Então, continue subtraindo 7 de cada resposta até eu mandar parar. (Parar ao fim de 5 respostas). Vamos começar, quanto é 100 menos 7? Se não atingir escore máximo, peça: Soletre a palavra MUNDO. Corrija os erros de soletração e então peça. Agora soletre a palavra MUNDO de trás para frente. (1 ponto para cada letra na posição correta). Considere o maior resultado.

93 \_\_\_\_ 86 \_\_\_\_ 79 \_\_\_\_ 72 \_\_\_\_ 65

### Memória de Evocação

Peça: Quais são as três palavras que eu pedi que o Sr(a) memorizasse?

-CARRO \_\_\_\_\_

-VASO \_\_\_\_\_

-BOLA \_\_\_\_\_

### Linguagem

-Aponte o lápis e o relógio e pergunte. O que é isto? (lápis) \_\_\_\_\_

O que é isto? (relógio) \_\_\_\_\_

-Agora vou pedir para o Sr(a) repetir o que vou dizer. Então repita:

“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ” \_\_\_\_\_

-Agora vou pedir para o Sr(a) fazer uma tarefa: Pegue este papel com a mão direita, com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez e em seguida jogue-o no chão.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

-Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado a folha com o comando FECHER OS OLHOS.

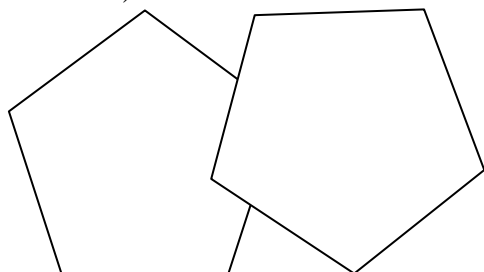
Fechou os olhos \_\_\_\_\_

-Peça: Por favor, escreva uma frase. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.

Frase \_\_\_\_\_

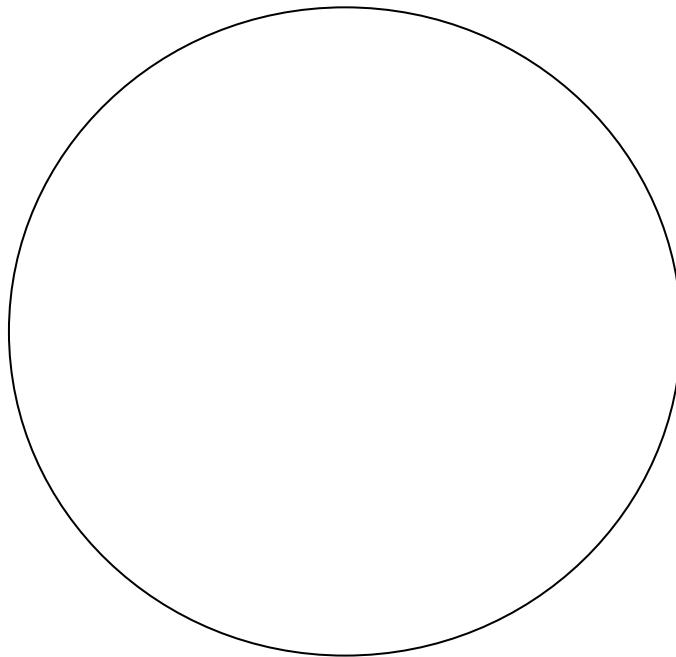
\_\_\_\_\_

-Peça: por favor, copie este desenho. (apresente a folha com os pentágonos que se interseccionam).



**Anexo C****TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO****Nome:** .....**Data de nascimento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Este círculo é um relógio. Desenhe todos os números marcando 11 horas e 10 minutos.



## Anexo D

A versão brasileira da Escala de Estresse Percebido para idosos (Luft et. al, 2007)

Questão	0= Nunca	1= Quase Nunca	2= Às vezes	3= Quase Sempre	4= Sempre
1. Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?					
2. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?					
3. Você tem se sentido nervoso e "estressado"?					
4. Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?					
5. Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?					
6. Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?					
7. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?					
8. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?					
9. Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?					
10. Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?					
11. Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?					
12. Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?					
13. Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?					
14. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?					

## Anexo E

## INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

## QUADRO 1a

a) Marque com um F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- 1. MÃOS E PÉS FRIOS
- 2. BOCA SECA
- 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- 4. AUMENTO DE SUDORESE  
(Muito suor, suadeira)
- 5. TENSÃO MUSCULAR
- 6. APERTO DA MANDÍBULA/  
RANGER OS DENTES
- 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- 8. INSÔNIA  
(Dificuldade para dormir)
- 9. TAQUICARDIA  
(Batedeira no peito)
- 10. HIPERVENTILAÇÃO  
(Respirar ofegante, rápido)
- 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SÚBITA E PASSAGEIRA  
(Pressão alta)
- 12. MUDANÇA DE APETITE

## QUADRO 1b

b) Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- 13. AUMENTO SÚBITO DE MOTIVAÇÃO
- 14. ENTUSIASMO SÚBITO
- 15. VONTADE SÚBITA DE INICIAR NOVOS PROJETOS

## QUADRO 2a

a) Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- 1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO, SEM CAUSA ESPECÍFICA
- 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- 4. SENSAÇÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- 5. MUDANÇA DE APETITE
- 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS (Problemas de pele)
- 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL (Pressão alta)
- 8. CANSAÇO CONSTANTE
- 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- 10. TONTURA/SENSAÇÃO DE ESTAR FLUTUANDO

## QUADRO 2b

b) Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA (Estar muito nervoso)
- 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO (Sem vontade de sexo)

## QUADRO 3a

a) Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- ( ) 1. DIARRÉIA FREQUENTE  
 ( ) 2. DIFICULDADES SEXUAIS  
 ( ) 3. INSÔNIA  
 (Dificuldade para dormir)  
 ( ) 4. NÁUSEA  
 ( ) 5. TIQUES  
 ( ) 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA  
 (Pressão alta)  
 ( ) 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS  
 (Problemas de pele)  
 ( ) 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE  
 ( ) 9. EXCESSO DE GASES  
 ( ) 10. TONTURA FREQUENTE  
 ( ) 11. ÚLCERA  
 ( ) 12. ENFARTE



## QUADRO 3b

b) Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- ( ) 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR  
 ( ) 14. PESADELOS  
 ( ) 15. SENSAÇÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS  
 ( ) 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO  
 ( ) 17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA  
 ( ) 18. CANSAÇO EXCESSIVO  
 ( ) 19. PENSAR/FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO  
 ( ) 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE  
 ( ) 21. ANGÚSTIA/ANSIEDADE DIÁRIA  
 ( ) 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA  
 ( ) 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR



## ANEXO F



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Maceió – AL, 01/03/2010

Senhor (a) Pesquisador (a), Mario Jorge Jucá  
Sandra Lopes Cavalcante

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 01/03/2010 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 026545/2009-33 sob o título **Avaliação do estresse em idosos submetidos à cirurgia geral e digestiva eletivas na Santa Casa de Misericórdia, em Maceió**, vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, item V.4).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

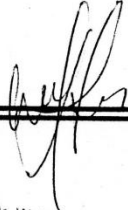
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS, 196/96.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra - referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(\*) Áreas temáticas especiais

  
Prof. Dr. Walter Matias Lima  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa