



## ESTRESSE E ENFRENTAMENTO DE MULHERES EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA VALVAR

### STRESS AND COPING STRATEGIES OF WOMEN IN PREOPERATIVE PERIOD OF VALVE SURGERY

#### ESTRÉS Y ENFRENTAMIENTO DE MUJERES EN PRE-OPERATORIO DE CIRUGÍA VALVAR

Gabriela Feitosa Esplendori<sup>1</sup>, Rika Miyahara Kobayashi<sup>2</sup>, Estela Regina Ferraz Bianchi<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** identificar os estressores percebidos por mulheres em pré-operatório de cirurgia valvar, verificar e correlacionar o nível de estresse e os focos de enfrentamento. **Método:** estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado com 65 mulheres. Utilizou-se: escala analógica visual e Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas cuja correlação foi identificada pelo teste de Spearman e duas perguntas abertas cujas respostas foram categorizadas e quantificadas. **Resultados:** o nível de estresse foi 5,3. Os estressores se relacionaram ao perioperatório, família e trabalho remunerado. Focou-se primeiro em práticas religiosas pela EMEP. Houve correlação positiva entre foco emoção e nível de estresse ( $p=0,019$ ) e entre alguns enfrentamentos entre si. **Conclusão:** as mulheres apresentam nível médio de estresse e reconhecem estressores relativos à família, trabalho e à própria cirurgia amparando-se na fé e na resolução de problemas. Ações de enfermagem podem ser desenvolvidas no pré-operatório mediato. **Descritores:** Estresse Psicológico; Adaptação Psicológica; Mulheres; Cirurgia Cardíaca.

#### ABSTRACT

**Objective:** to identify the stressors experienced by women during preoperative of heart valve surgery, check and correlate the level of stress and the focus of coping. **Method:** descriptive study with a quantitative approach conducted with 65 women. A visual analog scale and the Modes of Coping with Problems Scale were used in the study and their correlation was analyzed through Spearman test and two open questions whose answers were categorized and quantified. **Results:** The stress level was 5.3. Stressors were related to perioperative, family and paid work. Religious practices by EMEP were the first focus. There was a positive correlation between emotional focus and stress level ( $p = 0.019$ ) and between some aspects of coping among themselves. **Conclusion:** Women have a medium level of stress and they recognize stressors related to family, work and the surgery itself finding support in faith and in problem solving. Nursing actions can be developed in the immediate preoperative period. **Descriptors:** Psychological Stress; Psychological Adaptation; Woman; Cardiac Surgery.

#### RESUMEN

**Objetivo:** identificar los estresores percibidos por mujeres en pre-operatorio de cirugía valvular, verificar y correlacionar el nivel de estrés y los focos de enfrentamiento. **Método:** estudio descriptivo con enfoque cuantitativo, realizado con 65 mujeres. Se utilizó: escala analógica visual y Escala de Modos de Enfrentamiento de Problemas cuya correlación fue identificada por el test de Spearman y dos preguntas abiertas cuyas respuestas fueron categorizadas y cuantificadas. **Resultados:** el nivel de estrés fue 5,3. Los estresores se relacionaron al perioperatorio, familia y trabajo remunerado. Se enfocó primero en prácticas religiosas por la EMEP. Hubo correlación positiva entre el foco emoción y nivel de estrés ( $p=0,019$ ) y entre algunos enfrentamientos entre sí. **Conclusión:** las mujeres presentan nivel medio de estrés y reconocen estresores relativos a la familia, trabajo y la propia cirugía amparándose en la fe y en la resolución de problemas. Acciones de enfermería pueden ser desarrolladas en el pre-operatorio mediato. **Descriptors:** Estrés Psicológico; Adaptación Psicológica; Mujeres; Cirugía Torácica.

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestre em Ciências, Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: [gabi\\_fei@yahoo.com.br](mailto:gabi_fei@yahoo.com.br);

<sup>2</sup>Enfermeira, Pedagoga, Doutora em Enfermagem, Diretora Técnica do Serviço de Educação Continuada do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: [miyahara.rika@gmail.com](mailto:miyahara.rika@gmail.com); <sup>3</sup>Enfermeira, Livre Docente, Assessora de pesquisa da Divisão de Enfermagem do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: [erfbianchi@usp.br](mailto:erfbianchi@usp.br)

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte em todo o mundo. Dentre as doenças cardiovasculares, encontra-se a cardiopatia reumática,<sup>1</sup> doença crônica causada por danos ao músculo cardíaco e valvas cardíacas após uma faringite/amigdalite causada pela infecção por estreptococos do grupo A quando não tratada com antibióticos ou tratada de forma inadequada.<sup>1</sup>

Estima-se que a distribuição global de febre reumática e cardiopatia reumática recai desproporcionalmente em crianças e adultos jovens que vivem em países de baixa renda, sendo responsáveis por cerca de 233.000 mortes por ano. Cerca de 15,6 milhões de pessoas são afetadas pela cardiopatia reumática com significativo número requerendo repetidas hospitalizações e até cirurgia cardíaca após 5 a 20 anos.<sup>1</sup> No Brasil, no período de 1991 a 2011, estudo mostra que entre 1.000 indivíduos, 1 a 2 possuem cardiopatia reumática.<sup>2</sup>

No mundo, dentre as doenças cardiovasculares, dados da OMS mostram a prevalência maior de mortes por cardiopatia reumática entre as mulheres (1,5%) quando comparadas aos homens (1,0%).<sup>1</sup> As manifestações clínicas envolvem dispneia aos esforços e fadiga progressiva como resultado de baixo débito cardíaco<sup>3</sup>, o que pode afetar a satisfação das necessidades humanas biológicas de sono e repouso, exercício e atividade física, cuidado corporal, sexualidade, bem como as psicossociais de aceitação, autoestima e autoimagem, afetadas pela limitação de condições físicas para o exercício de atividades cotidianas.<sup>4, 5</sup>

Estudos sobre a mulher cardiopata com acometimento valvar são necessários, considerando-a como uma pessoa que ao mesmo tempo em que precisa conviver com as limitações impostas pela doença, depara-se com demandas relativas ao cuidado da família e lar juntamente com as demandas do trabalho remunerado, pois houve um crescente impulso de ingresso feminino no mercado de trabalho (de 35,4%, em 2000, para 43,9%, em 2010), ingresso este mais acentuado do que o dos homens (de 61,1%, em 2000, para 63,3%, em 2010)<sup>6</sup>.

Além das limitações que a doença valvar causa na satisfação das necessidades humanas básicas fisiológicas e psicossociais citadas anteriormente, a evolução da doença valvar pode exigir tratamento cirúrgico, o que pode fazer com que o indivíduo comece a se deparar com outras situações potencialmente

estressantes desde o momento em que recebe o diagnóstico e são tomadas as decisões acerca da conduta terapêutica. No caso da terapêutica cirúrgica, inclui-se todo preparativo da fase pré-operatória em espera da cirurgia.

A respeito do estresse e enfrentamento, Lazarus e Folkman desenvolveram um conceito de estresse que enfatiza a importância da avaliação individual do evento através de um processo cognitivo. Tal modelo é designado Modelo Transacional ou Interacionista do Estresse, o qual conceitua estresse como “uma complexa série de fenômenos subjetivos vividos quando a demanda de um evento taxa ou excede os recursos de adaptação da pessoa”<sup>7:13</sup> e destacam que o estresse não existe no evento, mas é o resultado da interação entre o indivíduo e o ambiente onde ocorrem três tipos de avaliação individual: a primária, em que se avalia a demanda e se há recursos de enfrentamento; e a secundária, na qual, diante de ameaça ou desafio, ocorre a determinação das estratégias de enfrentamento ou *coping* a fim de estabelecer o equilíbrio orgânico. O *coping* é conceituado como “uma constante mudança de esforços cognitivos e comportamentais para gerenciar as exigências externas e/ou internas que são avaliadas como taxativas ou que excedem os recursos da pessoa”.<sup>7:11</sup>

No que se refere às situações e vivências potencialmente estressantes das mulheres com valvopatias com indicação cirúrgica, torna-se fundamental conhecer o seu nível de estresse no período pré-operatório, os estressores percebidos, bem como as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mesmas para direcionar ações, cuidados de enfermagem que possam contribuir para a redução do estresse neste período.

Diante do exposto, o presente estudo busca identificar o nível de estresse, estressores percebidos e estratégias de enfrentamento de mulheres no período pré-operatório de cirurgia cardíaca valvar a fim de contribuir para o conhecimento das necessidades de cuidado dessas pacientes em fase pré-operatória e oferecer subsídios para uma reflexão a respeito de uma assistência de enfermagem humanizada e individualizada a partir do conhecimento do nível de estresse, dos focos de intervenção (estressores) e das ferramentas para intervenção (conhecimento do enfrentamento) para planejamento da assistência de enfermagem em pré-operatório de cirurgia cardíaca valvar. Para tanto, teve-se os seguintes objetivos específicos: caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres participantes da pesquisa; identificar os níveis de estresse, os estressores

percebidos e estratégias de enfrentamento das participantes; relacionar os níveis de estresse com as estratégias de enfrentamento comumente adotadas pelas participantes.

## MÉTODO

Estudo descritivo, com delineamento transversal de abordagem quantitativa,<sup>8</sup> realizado no ambulatório do setor de válvula de uma instituição hospitalar pública do município de São Paulo, referência em cardiologia.

A amostra foi composta por 65 mulheres portadoras de valvopatia mitral e/ou aórtica com indicação de terapêutica cirúrgica e com idade igual ou superior a 19 anos que consentissem participar do estudo e que já tivessem sido informadas, pelo seu médico, da necessidade do tratamento cirúrgico e que estavam cientes da data provável de internação pré-operatória. Previamente ao período da coleta, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição hospitalar local de estudo (nº de protocolo 3977/2010).

Os dados foram coletados entre outubro de 2010 e setembro de 2011, após esclarecimento dos objetivos e finalidade da pesquisa, e de todo o teor do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) às pacientes e após anuência das mulheres em participar da pesquisa com a assinatura do TCLE.

Para o levantamento do nível de estresse autoatribuído foi utilizada uma Escala Analógica Visual. A Escala Analógica Visual (EAV) é um tipo de medida psicossocial que pode ser usada para medir experiências subjetivas, dentre elas a percepção do estresse. A EAV consiste em uma linha de 100 mm em que são medidos os limites da sensação ou sentimento que se deseja verificar.<sup>8</sup> As participantes foram orientadas a atribuir um valor que correspondesse ao estresse vivido desde o momento em que soube da necessidade da cirúrgica até o dia de sua participação no estudo, ressaltando-se que 0 corresponde a nenhum estresse e 10 ao estresse mais intenso possível. Para o levantamento dos estressores foi utilizada a pergunta aberta *“O que mais stressou e stressa a sra. desde que a cirurgia foi marcada até o dia de hoje?”*.

Para a identificação formas de enfrentamento (*coping*) das participantes, utilizou-se a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) adaptada para a população brasileira e apresenta resultados positivos quanto à sua capacidade psicométrica.<sup>10</sup> É composta por 45 itens que

englobam ações e pensamentos utilizados para lidar com demandas externas e internas de um evento estressante específico e é dividida em quatro modos de enfrentamento, a saber: Problema (busca por resolução problema ou reavaliação da situação); Emoção (respostas emocionais negativas); Suporte Social (procura por apoio social); e Práticas religiosas/pensamentos fantasiosos (pensamentos relacionados a práticas religiosas). As respostas aos itens eram dadas em uma escala de um a cinco pontos (1 = eu nunca faço isso; 2 = eu faço isso um pouco; 3 = eu faço isso às vezes; 4 = eu faço isso muito; 5 = eu faço isso sempre). Para complementar essa avaliação acerca do enfrentamento foi realizada uma pergunta aberta *“Você está utilizando outras formas de lidar com a situação?”*.<sup>9</sup>

Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Office 2007. Para análise estatística dos dados quantitativos foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16). Para homogeneizar a coleta de dados, os itens referentes à caracterização sociodemográfica, levantamento dos estressores e os itens da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas foram preenchidos ou assinalados pela própria pesquisadora com a paciente, considerando-se a possibilidade da participação de mulheres com dificuldade de leitura e escrita. Ao término do preenchimento da resposta às perguntas abertas foi realizada a validação verbal das respostas com as participantes da pesquisa.

Quanto à análise dos dados, a verificação da normalidade das variáveis quantitativas foi realizada com o teste KS (Kolmogorov-Smirnov) e para a verificação da relação das variáveis foi utilizado o coeficiente de Spearman. O coeficiente Alfa de Cronbach foi utilizado para verificar a confiabilidade interna do instrumento EMEP para a amostra do estudo obtendo-se um valor de 0,801, o que demonstra boa confiabilidade do instrumento utilizado. Os resultados com  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significantes.

As respostas oriundas das perguntas abertas foram classificadas e categorizadas utilizando-se a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin, por abordagem quantitativa, que se funda na *frequência* de aparição de determinados elementos da mensagem através do processo de categorização. A categorização consiste em uma classificação de elementos de uma mensagem por diferenciação, seguida de reagrupamento por categorias. As categorias são rubricas ou

classes que reúnem um grupo de elementos com características comuns (unidades de registro) sob um título genérico.<sup>10</sup>

RESULTADOS

Com relação à valvopatia, a amostra composta por 65 mulheres apresentou predominantemente valvopatia mitral, 44 (67,7%). O tempo transcorrido após o recebimento do diagnóstico de lesão valvar em média foi 13,5 anos (mediana de 10 anos, dp= 12,8 anos), variando entre 2 meses e 40 anos. A média de tempo transcorrido desde o momento que a paciente soube da necessidade da cirurgia até a data da provável internação pré-operatória foi de 53 dias (mediana =30 dias, dp= 71,9 dias), variando entre 2 e 480 dias, período em que as participantes puderam reconhecer as situações estressoras e desenvolver estratégias de *coping* para lidar com as mesmas.

Quanto à caracterização sociodemográfica, as participantes tinham idade média de 55,8 anos (mediana =56,dp=13,9), variando entre 26 e 81 anos. Quanto à escolaridade, 37 (56,9%) tinham o ensino fundamental incompleto, sendo que 23 (35,3%) possuíam o ciclo básico incompleto.

Quanto ao estado civil, 36 (55,4%) mulheres eram casadas/união consensual, 57(87,7%) tinham filhos, 21 (32,3%) residiam com o marido/companheiro e filhos. Com relação à atividade relativa à renda, 27 (41,5%) eram aposentadas/pensionistas, 17 (26,2%) referiram ser “do lar”, 12 (18,5%) disseram estar desempregada ou afastada do trabalho e as 9 (13,8%) mulheres que disseram que estavam trabalhando, o faziam na área de prestação de serviço, sendo que 35 (53,8%) disseram ser arrimo de família. Quanto à religião, 60 (92,3%) possuíam religião, sendo 46 (70,8%) praticantes.

O nível de estresse autoatribuído das participantes variou de 0 a 10 e a média foi de 5,3 (mediana=5,1 e dp =3,1).

Com relação aos estressores, ao responder à pergunta “*“O que mais estressou e estressa a sra. desde que a cirurgia foi marcada até o dia de hoje?”*”, as 65 mulheres vivenciavam o período pré-operatório mediato, mas relataram 115 (100%) estressores relacionados à antecipação de situações inerentes a todo o período perioperatório, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Respostas das mulheres à pergunta aberta sobre estressores, distribuídas em categorias, segundo períodos do perioperatório. São Paulo, 2011.

| Período do Perioperatório                                         | n    | %     |
|-------------------------------------------------------------------|------|-------|
| Pré-operatório                                                    |      |       |
| Tempo de espera: exames, consultas, cirurgia                      | 18   | 15,7  |
| Situação clínica e tratamento farmacológico                       | 10   | 8,7   |
| Relação com a família frente à cirurgia                           | 9    | 7,8   |
| Medo do desconhecido                                              | 4    | 3,5   |
| Atividade laboral (doméstica ou remunerada)                       | 3    | 2,6   |
| Experiências passadas                                             | 2    | 1,7   |
| subtotal                                                          | 46   | 40,0  |
| Intraoperatório                                                   |      |       |
| Medo de complicações e da morte                                   | 25   | 21,7  |
| Medo da anestesia                                                 | 4    | 3,5   |
| Idade como risco cirúrgico                                        | 3    | 2,6   |
| Esternotomia                                                      | 3    | 2,6   |
| subtotal                                                          | 35   | 30,4  |
| Pós-operatório                                                    |      |       |
| Acontecimentos após a cirurgia: no lar e na família               | 15   | 13,0  |
| Atividade laboral (doméstica e remunerada)                        | 13   | 11,3  |
| Medo da recuperação e evolução para estado de incapacidade física | 6    | 5,2   |
| subtotal                                                          | 34   | 29,6  |
| Total                                                             | 115* | 100,0 |

\*Houve mais de uma resposta por cada uma das participantes.

Com relação ao período **pré-operatório**, na categoria **tempo de espera**, destacaram-se a demora no atendimento da consulta para que não houvesse atraso no transporte cedido pelo município de origem (ambulância), a demora para a realização de exames pré-operatório e a espera pela internação hospitalar para cirurgia.

Com relação à **situação clínica e tratamento farmacológico**, os estressores expressos relacionaram-se com o tipo de

prótese valvar e tempo para re-troca valvar, à necessidade do uso de vários medicamentos, à presença de sintomas clínicos como dispneia e edemas.

Na categoria **relação com a família perante a cirurgia**, o estressor foi evidenciado pela preocupação com a interferência na rotina de seus familiares (filhos, maridos, netos), bem como a separação física dos mesmos.

As **atividades laborais** também foram citadas como estressoras no pré-operatório ilustradas pelo fato de não conseguirem realizar as atividades domésticas e/ou de trabalho remunerado que exigiam maior esforço físico devido a limitações físicas de indisposição e dispneia, causadas pela valvopatia.

O **medo do desconhecido** surgiu como estressor para algumas mulheres diante do medo de algo que não se sabe precisar, de não saber o que irá enfrentar, de quem irá acompanhá-la na internação hospitalar. Para outras mulheres, o fato de ter tido experiências cirúrgicas passadas avaliadas como experiências negativas também foi citado como estressor e a obrigatoriedade da internação hospitalar no período pré-operatório demonstra que o ambiente hospitalar foi percebido como ameaça ou desafio.

Em relação ao **período intraoperatório**, as mulheres também expressaram o medo de **complicações durante a cirurgia e da morte** e o **medo da anestesia**. As mais idosas citaram a **idade** como algo preocupante por reconhecerem que esse fator pode interferir no andamento da cirurgia e recuperação.

A **esternotomia**, o saber como se dará o acesso à cavidade torácica com rompimento da integridade corporal com serra elétrica foi também citada como estressor.

Em relação ao **período pós-operatório** foram apontados os **acontecimentos após a**

**cirurgia**. Nesta categoria, as mulheres expressaram predominantemente a vontade de ser uma mulher ativa e independente para a organização do lar e o desejo de não precisar ficar inativa no pós-operatório durante sua recuperação. Por outro lado, também foram expressas as preocupações e medos relacionados à recuperação e cuidados pós-operatórios que poderiam ocasionar alterações nas rotinas dos familiares que exercem suas atividades laborais apontando a sua percepção em relação à troca de seus papéis no relacionamento cuidador x objeto de cuidados.

Para outras mulheres pensar nas **atividades domésticas e remuneradas** gerava estresse pelo receio de não conseguir exercer suas atividades de mãe, cuidadora do lar e de trabalhadora, inclusive atendendo ao cumprimento das responsabilidades (demanda) acerca do provimento financeiro e cuidado com lar e filhos.

O **medo da recuperação e evolução para estado de incapacidade física** também surgiu como estressor diante do receio das complicações relacionadas ao ato anestésico e cirúrgico, o medo da própria cirurgia, da anestesia, de morrer, da UTI e de cicatrizes que pudessem ficar.

As estratégias de enfrentamento e respectivas médias de escores, segundo a EMEP, foram focadas predominantemente nas práticas religiosas/pensamentos fantasiosos conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Médias das pontuações dos focos de enfrentamento da EMEP. São Paulo, 2011.

| Focos de enfrentamento ( <i>coping</i> )     | Média | Mediana | Desvio padrão |
|----------------------------------------------|-------|---------|---------------|
| Práticas religiosas /pensamentos fantasiosos | 3,95  | 4,00    | 0,52          |
| Problema                                     | 3,79  | 3,83    | 0,64          |
| Suporte Social                               | 3,31  | 3,25    | 0,86          |
| Emoção                                       | 2,07  | 2,07    | 0,48          |

As respostas provenientes da pergunta “*Você está utilizando outras formas de lidar com a situação?*” totalizaram 144 repostas, pois, por vezes, uma mesma participante relatou mais de uma forma de lidar com a

situação. Essas repostas geraram quatro categorias: Emoção, Práticas religiosas, Suporte social e Problema, conforme mostra Tabela 3.

Tabela 3. Respostas das mulheres à pergunta aberta sobre enfrentamento, distribuídas em categorias. São Paulo, 2011.

| Categoria         | Nº de citações | %     |
|-------------------|----------------|-------|
| Emoção            | 64             | 44,4  |
| Prática religiosa | 38             | 26,4  |
| Suporte Social    | 27             | 18,8  |
| Problema          | 15             | 10,4  |
| Total             | 144*           | 100,0 |

\* Houve mais de uma resposta por cada uma das participantes.

A categoria **Emoção** foi composta por relatos de procura por se afastar ou fugir do problema diante do desejo de não falar sobre a doença e dormir, nos esforços dirigidos para

a compensação de ansiedade como intensificação de hábitos alimentares, no autocontrole dos sentimentos como tentativa de transparecer que está tudo bem e na

tentativa de esquecimento com distrações com uso da televisão, realização de atividades domésticas, voluntariado e atividades manuais, por exemplo, realização de crochê e com próprio trabalho remunerado e isolamento social.

A categoria Práticas religiosas foi composta por relatos de oração e fé como sustento e força para enfrentar a situação, confiança em Deus como provedor de força e amparo, leitura da bíblia e ida às igrejas e utilização de meios de comunicação (televisão) para assistir programas religiosos, bem como utilização de músicas gospel/católicas/evangélicas.

A categoria Suporte social foi composta por relatos que descrevem a presença de familiares, amigos e vizinhos através de laços fraternos para alívio da tensão, expressos por citação de procura por dar e receber maior atenção familiar, procura por não ficar sozinha, sair e estar na presença de amigos, conversas com os irmãos, os parentes e amigos da comunidade religiosa, diálogos sobre a cirurgia e exames com filhos e vizinhos, passeios com filhos.

A categoria Problema foi composta pela busca por conhecer o desconhecido através de informações a respeito da cirurgia e o fato de procurar controlar o problema diante da adesão à terapêutica medicamentosa e mudanças de hábitos de vida ilustrados por citações que discorrem sobre uso correto de medicações, tentativa de cessação do tabagismo, utilização dos meios de comunicação (internet) para estudar sobre a cirurgia, conversa com profissionais da saúde a respeito da cirurgia, com pessoas que já passaram pela experiência cirúrgica cardíaca e busca por conhecer o hospital e os profissionais.

Quanto à verificação do relacionamento entre nível de estresse e a Escala de Modos de Enfrentamento, verificou-se que houve correlação fraca, porém positiva e significativa (Spearman  $r=0,294$  e  $p = 0,019$ ) entre nível de estresse e foco na emoção, em que o maior uso de estratégias focadas na emoção esteve relacionado com maior estresse autoatribuído pelas participantes do estudo.

As estratégias de enfrentamento focadas no problema apresentaram relação positiva e significativa com outras duas estratégias: suporte social (Spearman  $r = 0,378$  e  $p=0,002$ ) e práticas religiosas ( $0,397$  e  $p<0,001$ ), portanto, quanto maior o enfrentamento focado no problema, maior a busca por suporte social; e quanto maior o foco no problema, maior a prática religiosa.

## DISCUSSÃO

Com relação à valvopatia, a predominância de valvopatia mitral (67,7%) corroborou com o encontrado em literatura.<sup>11</sup> De acordo com os resultados apresentados, as respostas das mulheres que compuseram a amostra deste estudo evidenciaram as esferas biológicas (limitações físicas causadas pela doença, o tratamento medicamentoso, a esternotomia e preocupação com o impacto da idade no andamento da cirurgia como estressores), psicológicas (o tempo da espera pela cirurgia e exames, os medos do desconhecido, da morte da anestesia e da evolução da cirurgia para estado de incapacidade e experiências passadas como estressores e como enfrentamento identificou-se a fuga e esquiva da situação, autocontrole dos sentimentos, intensificação de hábitos alimentares), sociais (preocupação com a família e lar e com trabalho remunerado e como enfrentamento identificou-se a busca por interação com familiares, amigos e vizinhos e por membros da comunidade religiosa) e espirituais (com a leitura da Bíblia, orações, busca por programas religiosos na TV, idas à igreja e citação da fé como formas de enfrentamento utilizadas).

Observou-se que o estresse das mulheres desta amostra esteve relacionado à família e pode ser explicado pelo não cumprimento da responsabilidade e demanda interna<sup>7</sup> de cuidadora, ao desempenho de seu papel social enquanto mãe e cuidadora em que o período de internação hospitalar pode ocasionar incerteza quanto à segurança e bem-estar de seus filhos, indo ao encontro dos estereótipos de gênero (crenças relativas às atividades adequadas aos homens e às mulheres,<sup>12</sup> em que as próprias mulheres desta amostra exemplificam em seus relatos sua associação às atividades relativas à família e ao lar (com responsabilidades de organização da vida cotidiana da família).<sup>13-4</sup>

É importante ressaltar que as exigências e demandas externas e internas (responsabilidades com família e trabalho) com as quais essas mulheres se deparam podem expor a mulher com acometimento de saúde a inúmeros fatores que podem causar sofrimento e estresse diante da busca por satisfazer e desempenhar as atividades de mulher, mãe e trabalhadora. Nesse sentido, a mulher com valvopatia precisa ser cuidada e assistida em sua integralidade, devendo ser vista como ser humano inserido no contexto social vigente como mulher-mãe, mulher-esposa e mulher-trabalhadora, pois segundo dados do Fundo de Desenvolvimento das

Nações Unidas para a Mulher, as mulheres que se inserem no mercado de trabalho no Brasil são mais velhas, casadas e mães.<sup>15</sup>

A demora para a realização de exames pré-operatórios e a espera pela internação hospitalar para cirurgia geraram estresse, o que pode ser explicado pela expectativa de resolução rápida do problema de saúde ou anseio pela melhora da qualidade de vida muitas vezes comprometida por limitações físicas provocadas pela cronicidade da doença, uma vez que os sintomas e necessidade de tratamento farmacológico apareceram como estressores ao interferirem nas necessidades humanas básicas de respiração e sono causando limitações na realização de atividades domésticas e laborais.

Em estudo com mulheres portadoras de valvopatia mitral foi relatado que as mulheres sentiam-se limitadas para as tarefas diárias e com vida modificada pela doença.<sup>4</sup> Em estudo com pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca, descreve-se que as preocupações dos pacientes giram em torno do processo de recuperação e das implicações nas atividades diárias; da manutenção dos objetivos de vida; da preocupação com não cumprimento das responsabilidades com as pessoas significativas.<sup>16</sup>

O medo apareceu como estressor nesta amostra, relacionado à anestesia, à cirurgia, à morte e ao desconhecido, à recuperação hospitalar e domiciliar após a cirurgia, diante da submissão à anestesia geral e cirurgia de grande porte. Semelhantemente, estudo com pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca identificou que na vivência do período pré-operatório, o paciente se sente ameaçado, com medo de morrer.<sup>17</sup>

O medo da cirurgia, da anestesia, de morrer, da Unidade de tratamento Intensivo, da agressão tecidual foi vivido pelas mulheres deste estudo com emoções e expectativas contraditórias, pois ao mesmo tempo em que as mulheres relatam ter medo, elas querem que a cirurgia ocorra sem espera para internação. Este dado é fortalecido por autores que citam que o ato cirúrgico é evento visto pelo paciente como paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que lhe alivia dores e é eficaz no tratamento de doenças, é também um ato de agressão ao organismo, que o induz a desenvolver mecanismos de enfrentamento.<sup>18</sup> Tais achados se relacionaram com a identificação da cirurgia como uma ameaça para o indivíduo, ao mesmo tempo em que o desafio de superá-la se configura como uma nova oportunidade de viver com uma melhor qualidade de vida.

A respeito da ambiguidade ameaça x desafio, o Modelo Interacionista do Estresse discorre ao conceituar o estresse que há alguns fatores que podem influenciar na avaliação e um evento como uma ameaça, a saber: número e complexidade da situação/evento, novidade da situação, autoestima, valores da pessoa, suporte social, duração da ameaça e a controlabilidade da situação, interação na percepção e manifestação do estresse.<sup>7</sup>

Ainda com relação ao procedimento cirúrgico, o conhecimento a respeito de como se dará o acesso à cavidade torácica e o medo de cicatrizes foram citados como estressante, corroborando com dados encontrados em estudo com pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca, no qual foi relatada a preocupação com a integridade física.<sup>17</sup>

Outro aspecto relacionado ao procedimento cirúrgico é o tipo de prótese valvar. A escolha da mesma foi citada como estressor, tendo em vista o tempo de retroca, ou seja, a antecipação de um novo momento pré-operatório no futuro, além do momento vivenciado.

A preocupação com a recuperação pós-operatória esteve permeada pelo fator “idade”. O reconhecimento da idade como estressor pode advir do reconhecimento da perda da capacidade funcional como algo incontrollável que foge à governabilidade.<sup>19</sup> De fato, a idade é fator que merece atenção, visto que os pacientes idosos apresentam menores reservas fisiológicas quando comparados aos pacientes mais jovens<sup>3</sup> e talvez as pacientes deste estudo, direta ou indiretamente, tiveram consciência de que as modificações fisiológicas em seu corpo poderiam interferir no bom andamento da cirurgia e recuperação pós-operatória.

A antecipação de experiências relativas ao pós-operatório também apareceram como estressores relacionados à família e ao trabalho. O fato de se tornar objeto de cuidado, de não conseguir cumprir seus papéis sociais de mãe, cuidadora do lar e de trabalhadora, provedora financeira do lar e filhos foram fatores estressores dessas mulheres.

Diante desses estressores, percebe-se que apesar de apresentados didaticamente em períodos pré, intra e pós-operatórios neste estudo, os mesmos foram sendo reconhecidos como tal ao longo da experiência de cada mulher com o recebimento do diagnóstico de tratamento cirúrgico para valvopatia durante o período pré-operatório mediato, antecipando dessa forma possíveis acontecimentos futuros. Muitos desses

estressores poderiam ser trabalhados durante a visita pré-operatória de enfermagem, uma vez que esta é entendida como uma ferramenta para conhecer os sentimentos dos pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca e a necessidade psicossocial de educação à saúde, no que diz respeito a orientações referentes ao preparo pré-operatório e a orientações relativas aos períodos trans e pós-operatório.<sup>20</sup> De fato, estudo identificou que pacientes submetidos à cirurgia cardíaca citaram alguns assuntos a serem abordados no período pré-operatório que poderiam auxiliá-los como orientações a respeito do ambiente da recuperação pós-operatória, procedimento cirúrgico, ambiente do centro cirúrgico, uso de dispositivos (drenos, sondas), segurança e apoio emocional e orientação a familiares.<sup>21</sup>

Com relação à escala de Enfrentamento de Problemas, as mulheres deste estudo focaram seu enfrentamento primeiramente em práticas religiosas/pensamentos fantasiosos, no problema, no suporte social e na emoção.

O enfrentamento por práticas religiosas se destacou como enfrentamento pela EMEP ilustrando o perfil sociodemográfico das mulheres em que 92,3% possuíam religião e 70,8% se consideraram praticantes. Foi também a segunda categoria mais citada (26,4%) proveniente das respostas à pergunta aberta. Ainda, as práticas religiosas estiveram associadas positivamente, de forma estatisticamente significativa, com o enfrentamento com foco no problema, de forma que, quanto maior o foco nas práticas religiosas, maior o foco no problema.

Tais resultados podem ser refletidos com apontamentos de um estudo no qual se discorre que as crenças religiosas funcionam como mediador cognitivo da avaliação dos eventos em casos de enfermidades instaladas.<sup>22</sup>

A respeito do enfrentamento focado no problema, este foi a segunda forma de enfrentamento adotada pelas mulheres deste estudo a partir da Escala EMEP, corroborando esses resultados, o enfrentamento focado no problema também foi encontrado (juntamente com o enfrentamento que predominou entre pacientes de cirurgia cardíaca,<sup>23</sup> porém ao dar abertura para as mulheres verbalizarem sobre outras formas que encontraram para lidar com a situação pré-operatória, este tipo de enfrentamento foi o menos relatado (10,4%) cujas respostas giraram em torno da busca por conhecer o desconhecido através de informações a respeito da cirurgia e do autocuidado com relação aos hábitos de vida.

O enfrentamento com foco no suporte social foi a terceira forma de enfrentamento das mulheres identificado pela EMEP e terceiro mais relatado pelas mulheres a partir da pergunta aberta (18,8%), giraram em torno da presença de familiares, amigos e vizinhos atrelados ao suporte através de laços fraternos para alívio da tensão expressos por interação entre os grupos sociais nos quais as mulheres estão inseridas. Corroborando esses resultados, o suporte social também foi encontrado como forma de enfrentamento entre pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.<sup>16</sup>

Ainda a respeito do suporte social, este esteve associado significativamente ao enfrentamento com foco no Problema pela análise da EMEP, o que leva a refletir sobre a fonte de apoio que familiares e amigos podem oferecer em termos não só emocionais, mas também no que se refere ao suporte informativo para a busca pela resolução do problema.

Neste estudo, em relação à questão aberta sobre outras formas de lidar com a situação, verificou-se que a categoria Emoção foi predominante (44,4%) com apontamentos de ações voltadas a evitar o problema diante do desejo de não falar a respeito, de dormir, de esforços para compensar a ansiedade, no autocontrole de sentimentos, uso de distrações, atividades de lazer com uso da televisão, realização de atividades domésticas, manuais (artesanais), como meios para esquecimento do problema, ao passo que na escala EMEP o foco de enfrentamento que predominou foi o foco nas práticas religiosas/pensamento fantasioso.

Tal resultado pode ter sido encontrado devido à não contemplação da escala EMEP no que diz respeito à utilização de distrações como forma de enfrentamento e também pelo fato de que diante de perguntas fechadas da escala EMEP, a resposta de enfrentamento pode ter sido pontual enquanto que, no momento em que se possibilita a abertura para escuta, os problemas emergem e resoluções permeiam outras prioridades e atitudes.

Outra possível justificativa para o contraste entre foco no enfrentamento religioso (EMEP) e emoção (pergunta aberta) pode ter sido gerada diante da consideração de que o enfrentamento religioso pode estar associado tanto às estratégias orientadas para o problema quanto para a emoção.<sup>24</sup>

A questão a respeito das distrações que podem ser entendidas como evitação/fuga do problema está relacionada à própria distribuição dos itens da EMEP nos domínios. O

Esplendori GF, Kobayashi RM, Bianchi ERF.

item “tento esquecer o problema” está dentro do domínio de “práticas religiosas/pensamentos fantasiosos”. No artigo da análise da referida escala, as autoras relatam que este item foi mantido no domínio da religião diante da consideração da população que elas estudaram, de que a tentativa de esquecer o problema representa uma postura de esquiva e que ações religiosas ou místicas poderiam auxiliar no afastamento do problema da mente, afastando, assim, a situação de estresse com pensamentos voltados para a fé.<sup>9</sup>

Apesar da diferença entre as classificações de utilização de estratégias focadas nas práticas religiosas (escala EMEP) e da citação (em pergunta aberta da EMEP) de ações que concorrem para enfrentamento focado na emoção, é inegável que se deve atentar para os aspectos psicoespirituais dos pacientes em situação pré-operatória, uma vez que o paciente traz consigo suas crenças e valores como ferramentas para lidar com os estressores que passa a reconhecer.

## CONCLUSÃO

As pacientes em período pré-operatório mediato demonstraram nível médio de estresse cujos estressores estiveram relacionados à família com destaque para os filhos, cuidado com o lar e manutenção ou possibilidade de retorno ao trabalho após a alta hospitalar e recuperação pós-operatória e desenvolvem ações primeiramente voltadas a práticas religiosas (EMEP) e emoção (pergunta aberta). Nessas situações, compreendendo a paciente como ser humano que desenvolve seus diversos papéis sociais, a enfermagem pode e deve atuar no cuidado integral como promotora e facilitadora no enfrentamento ao estresse pré-operatório.

É necessário considerar a importância de subsidiar as pacientes com a informação a respeito do período perioperatório, pois é possível que a paciente que souber o quê e como irá enfrentar a situação cirúrgica (se assim desejar estas informações) reaja com menor estresse e mais qualidade de vida durante o período perioperatório de cirurgia cardíaca valvar, em que um bom momento para isso é a consulta de enfermagem no pré-operatório mediato e visita de enfermagem no período pré-operatório imediato, bem como se faz importante trabalhar com equipe multiprofissional, incentivar a participação dos familiares e amigos nas consultas e exames pré-operatórios e em todo o período perioperatório, solicitar líderes religiosos durante a internação, caso a paciente deseje, pois as redes de apoio social e religioso se

Estresse e enfrentamento de mulheres em pré-operatório...

mostraram como fatores relevantes no enfrentamento ao estresse pré-operatório das mulheres deste estudo.

É importante ainda o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, tendo em vista que essas mulheres ao receberem alta hospitalar após a cirurgia serão reinseridas na sociedade.

Diante dos achados e discussão anteriores, estudos com tamanho amostral maior podem ser muito úteis para estudar mais detalhadamente os aspectos que envolvem o reconhecimento de estressores e enfrentamento de mulheres em pré-operatório de cirurgia valvar tendo em vista o período perioperatório, os papéis sociais desenvolvidos pelas mulheres na sociedade atual e a cronicidade da doença com suas limitações e consequências na vida social e familiar. Talvez estudos em que se oportunizem o relato aberto das participantes, sem utilização de escalas fechadas, identifiquem mais profundamente as questões referentes à percepção do estresse e estratégias de enfrentamento de mulheres que vivem a cronicidade da cardiopatia valvar.

## AGRADECIMENTOS

A Sergio Henrique Simonetti pela sua valiosa contribuição na coleta de dados.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization-WHO [Internet]. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2014 Nov 20]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf?ua=1)
2. Seckeler MD, Hoke TR. The worldwide epidemiology of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. Clin Epidemiol [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 20] ; 22(3):67-84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3046187/pdf/clep-3-067.pdf>
3. Smeltzer SC, Bare GB. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
4. Kubo KM, Colombo RCR, Gallani MCBJ, Noronha R. Subsídios para a assistência de enfermagem a pacientes com valvopatia mitral. Rev Latinoam enferm [Internet]. 2001 [cited 2014 Nov 20];9(3):33-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11496.pdf>
5. Kubo KM, Gallani MCBJ, Noronha R, Colombo RCR. Levantamento de subsídios para assistência de enfermagem ambulatorial a

pacientes portadores de valvopatia aórtica. Rev Latinoam enferm [Internet]. 2001 [cited 2014 Nov 20];9(5):55-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7799.pdf>

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo Demográfico Trabalho e Rendimento. Resultados da amostra. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [cited 2014 Nov 20]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/periodicos/1076/cd\\_2010\\_trabalho\\_rendimento\\_amostra.pdf](http://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/periodicos/1076/cd_2010_trabalho_rendimento_amostra.pdf)

7. Lazarus RS, Folkman S. The stress concept in the life sciences. In: Rice VH, editor. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publ Co; 1984. p.2-21.

8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2004:

9. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. Psicol teor Pesqui [Internet]. 2001 [cited 2014 Nov 20];17(3):225-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v17n3/8812.pdf>

10. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009. p.121-55.

11. Rajamannan NM, Antonini-Canterin F, Moura L, Zamorano JL, Rosenhek RA, Best PJM. Medical therapy for rheumatic heart disease is it time to be proactive rather than reactive? Indian Heart J [Internet]. 2009 [cited 2014 Nov 20];61:14-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3951844/pdf/nihms555880.pdf>

12. Fonseca RMGS. Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença. PROENF - Programa de atualização em Enfermagem na Saúde do Adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2008. p.9-39. Available from: [http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/185059/mod\\_resource/content/3/G%C3%AAnero%20-%20Rosa%20Godoy.pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/185059/mod_resource/content/3/G%C3%AAnero%20-%20Rosa%20Godoy.pdf)

13. Okin SM. Gênero, o público e o privado. Rev Estud Fem [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov 20];16(2):305-32. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9368/0>

14. Matud P. Gender differences in stress and coping styles. Pers Individ Dif 2004; 37(1):1401-15.

15. Fundo de desenvolvimento das nações unidas para a mulher - UNIFEM. O progresso das mulheres no Brasil. Brasília; 2006 [cited 2014 Nov 20]. Available from:

<http://www.generoracaetnia.org.br/publicacoes/Progresso%20das%20Mulheres-BR.pdf>

16. Fu-Jin S, Meleis A I, Po-Jui Y, Wen-Yu H, Meei-FangL, Guey-Shiun H. Taiwanese patients' concerns and coping strategies: transition to cardiac surgery. Heart Lung [Internet]. 1998 [cited 2014 Nov 20];27:82-98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9548064>

17. Souza RHS, Mantovani MF, Lambronic LM. O vivido pelo cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca. Online braz j nurs [Internet]. 2006 [cited 2014 Nov 22];5(2):[about 6 p]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/403/97>

18. Daian MR, Petroianu A, Alberti LR, Jeunon EE. Estresse em cirurgias de grande porte. Rev Assoc Med Minas Gerais [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 22];20(4):490-9. Available from : <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/view/309/295>

19. Fortes-Burgos ACG, Neri AL. Estresse no desenvolvimento adulto e na velhice: uma revisão. Rev Bras de Ciên do Envelh Hum [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov 22];5(1):103-14. Available from: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/103>

20. Sá SPC, Carmo TG, Cortez EA, Avanci BS. The perioperative nurses in the elderly cardiac surgery: a systematic review of literature. Rev pesqui cuid fundam [Internet]. 2009 [cited 2014 Nov 22];1(2):394-405. Available from: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:X9ubW8bC5boJ:https://www.redib.org/recursos/Record/oai\\_articulo1002213-perioperative-nurses-elderly-cardiac-surgery-systematic-review-literature+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:X9ubW8bC5boJ:https://www.redib.org/recursos/Record/oai_articulo1002213-perioperative-nurses-elderly-cardiac-surgery-systematic-review-literature+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)

21. Megumi HS, Mazzo A, Girão FB, Pedreschi VE, Silva PD, Bonfim LC. Ensino pré-operatório na perspectiva do paciente cardíaco. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 22];5(9):2161-7. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1875/pdf\\_682](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1875/pdf_682)

22. Faria JB, Seild EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão integrativa da literatura. Psicol refl crit [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov 22];18(3):381-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a12v18n3.pdf>

23. Umann J, Guido LA, Linch GFC. Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca. Ciênc cuid saúde [Internet]. 2010

Esplendori GF, Kobayashi RM, Bianchi ERF.

Estresse e enfrentamento de mulheres em pré-operatório...

[cited 2014 Nov 22];9(1):67-73. Available from:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/view/10531/5738>

24. Panzini RG; Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. Rev Psiquiatr clín [Internet]. 2007 [cited 2014 Nov 22];34(supl):126-35. Available from: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/126.html>

Submissão: 02/06/2015

Aceito: 22/08/2016

Publicado: 15/09/2016

### Correspondência

Gabriela Feitosa Esplendori  
Rua Solidônio Leite, 2718, Ap.102, Bloco 01  
Bairro Vila Ivone  
CEP 03275-000 — São Paulo (SP), Brasil

---

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(Supl. 4):3537-47, set., 2016