

Contribuições da Psicologia na atenção ao paciente cirúrgico: uma análise da literatura

Contributions of Psychology to surgical patients care: a literature analysis

Virginia Turra¹
Áderson Luiz Costa Junior²
Fabrício Fernandes Almeida¹
Fernanda Nascimento Pereira Doca¹

RESUMO

O atendimento ao paciente cirúrgico é campo de atuação desafiador por gerar significados e sentimentos que variam com a subjetividade do paciente, considerada no modelo biopsicossocial, o que exige um preparo específico por parte dos profissionais psicólogos que demonstram dificuldades justificadas pela falta de delimitação epistemológica da Psicologia da Saúde, que ainda não constitui um campo de saber coeso e bem delimitado. O presente trabalho objetivou realizar um levantamento bibliográfico, específico e sistematizado, acerca da assistência psicológica ao paciente cirúrgico adulto internado, no intuito de identificar os eixos estruturantes/norteadores da intervenção psicológica no período pré, peri e/ou pós-operatório. Como método, foi realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados *PubMed/Medline*, *Lilacs*, *Web of Science*, *Scielo* e *Pepsic*, de artigos empíricos dos anos 2005 a 2009, com a palavra-chave: surgery associada às seguintes palavras e/ou expressões: [*preoperative psychological intervention + surgery*], [*perioperative psychological intervention + surgery*], e [*postoperative psychological intervention + surgery*]. Foram obtidos 17 artigos significativos. Os resultados foram discutidos considerando que a melhoria do trabalho do psicólogo implica em termos práticos, em se ter e organizar o atendimento considerando os eixos de foco psicológico, avaliação do paciente, intervenções utilizadas, procedimentos educacionais e equipes. Os trabalhos mostram um campo amplo e aberto ao desenvolvimento de pesquisas e trabalhos em psicologia da saúde.

¹Hospital Universitário de Brasília.
Brasília-DF. Brasil.

²Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília-DF. Brasil.

Palavras-chave: Psicologia da saúde; Cirurgia; Assistência psicológica; Internação; Revisão de literatura.

Correspondência

Virginia Turra
SCLN 105, bloco A, Sala 104. Asa Norte,
Brasília-DF. 70734-510, Brasil.
turra@unb.br

Recebido em 14/junho/2011
Aprovado em 11/junho/2012

ABSTRACT

The surgical patient care is a challenging playing field because it generates meanings and feelings that vary with the subjectivity of the patient, considered in the biopsychosocial model, which requires a specific preparation by psychology professionals that struggle in a justified manner for the lack of Health Psychology epistemological delimitation, in consequence of the absence of a solid knowhow and a defined field of knowledge. This study aimed to conduct a literature review, specific and systematic, on the psychological assistance to hospitalized adult surgical patients in order to identify the organizing/guiding axis of psychological intervention in the pre, peri and/or post operative period. As method, a review of empirical articles of the years 2005 to 2009, with the keywords: surgery associated with the following words and / or phrases: [preoperative psychological intervention + surgery], [perioperative psychological intervention + surgery], and [postoperative psychological intervention + surgery] was done, using literature in the PubMed / Medline, Lilacs, Web of Science, and Scielo Pepsic databases. We obtained 17 significant articles. The results were discussed considering that the improvement of the psychologist's work means, in practical terms, to have and organize the service considering the axes of psychological focus, patient assessment, interventions used, educational procedures and teams. Studies show a wide and open field for the development of researches and papers in health psychology.

Keywords: Health psychology; Surgery; Psychological care; Hospitalization; Literature review.

INTRODUÇÃO

O atendimento à saúde do paciente cirúrgico é um campo de atuação desafiador a todas as áreas do conhecimento envolvidas nesta assistência, tais como anestesia, cirurgia, nutrição, enfermagem e psicologia, uma vez que uma série de procedimentos executados por diferentes profissionais ocorrem concomitantemente e devem compor um conjunto integrado de cuidados ao processo cirúrgico. No que se refere ao profissional da Psicologia, Cabral¹ ressalta que muitas vezes o próprio Psicólogo não tem consciência de quais sejam suas tarefas e seu papel em uma unidade hospitalar, o que é reforçado por estas pró-

prias unidades hospitalares, que muitas vezes apresentam dúvidas quanto ao que esperar desse profissional.

Na assistência ao paciente cirúrgico, cada área desenvolve seus próprios protocolos de assistência, com técnicas que podem envolver questionários, entrevistas, medidas, condições especiais e exames em ambiente controlado, por exemplo. As preocupações de cada área no atendimento ao paciente possuem interfaces mútuas. Por exemplo, as restrições alimentares (nutrição), que fazem parte da estadia de internação (enfermagem) precisam ser

adequadamente compreendidas (psicologia), pois a não adesão à dieta terá repercussões diretas ao processo anestésico (anestesia), que pode inviabilizar o ato cirúrgico (cirurgia). Por isso, é preciso desenvolver, estabelecer e aperfeiçoar modos sistematizados de atendimento à saúde do paciente cirúrgico, que incluam a estruturação de mecanismos que viabilizem e melhorem o sistema de comunicação interdisciplinar, com impacto positivo sobre a qualidade de assistência, de modo a torná-la menos fragmentada e verdadeiramente mais integral.

Inadvertidamente ou não, sistematicamente ou não, de modo protocolar ou não, os vários procedimentos de atendimento ao paciente cirúrgico formam um mosaico, que, como um todo, é privilegiadamente vivenciado pelo paciente. Em outras palavras, é a vivência do paciente o grande campo interdisciplinar que conjuga, processa e significa subjetivamente os vários procedimentos da assistência à sua saúde. E é esta vivência que pode viabilizar, ou inviabilizar, todo o processo cirúrgico. Assim sendo, o ato cirúrgico, que por definição constitui um ato invasivo, ganha significados e sentimentos que variam com a subjetividade do paciente, considerada a partir da mudança paradigmática de assistência do modelo biomédico para uma visão integral, biopsicossocial.

O modelo biopsicossocial de atenção e promoção à saúde foi primeiramente proposto por George Engel² em 1977 em um artigo publicado na revista científica *Science*. No artigo, Engel pontua que o corpo, a história de vida pessoal e o momento histórico social interferem na patogenicidade do adoecimento e na interpretação de seus sintomas por parte do paciente. Shorter³ preconiza, em um contexto de saúde mais atual, que o reconhecimento de lesões teciduais reais, das experiências de vida e do momento social atual influenciam na apresentação do adoecimento e no que o profissional de saúde encontrará em sua avaliação.

A atenção integrada ao paciente cirúrgico, ou de qualquer sorte, sob o prisma do modelo biopsicossocial, não é, portanto um tema novo, e mesmo sem pretender realizar um levantamento histórico exaustivo, é necessário destacar dois trabalhos pioneiros da década de 1950. No primeiro, Kennedy⁴, cirurgião, psiquiatra e professor de psicologia médica, chamava a atenção para a necessidade de um trabalho de preparação psicológica à cirurgia que privilegiasse a escuta do ponto de vista do paciente. Kennedy⁴ diz que, assim como um cirurgião não faria uma cirurgia sem

analisar as funções cardíaca e renal do paciente, nenhum procedimento que requeira a cooperação do paciente deveria ser feito sem a avaliação da vontade e competência do paciente para fornecer tal cooperação. O autor analisou fatores psicológicos que medeiam a relação funcional entre o processo cirúrgico e a colaboração do paciente, destacando a dificuldade de entendimento do quadro clínico, por parte de alguns pacientes, e o atendimento psiquiátrico específico, requerido em algumas situações de transtornos de comportamento.

No segundo trabalho de destaque, com um olhar antropológico, Brandt et al.⁵ enfatizaram a necessidade de preparação psicológica como redutor potencial de ansiedade e medo da cirurgia. Os autores realizaram um estudo qualitativo com observações e entrevistas, antes e depois da cirurgia, a profissionais e pacientes. O trabalho recomendava que a preparação psicológica enfatizasse: (a) a identificação de fatores psicossociais individuais dos pacientes que poderiam implicar em dificuldades de enfrentamento da cirurgia; (b) as normas hospitalares, incluindo explicações sobre exames, anestesia, procedimentos cirúrgicos e cuidados pós-operatórios como alimentação parenteral; e (c) uma conversa aberta entre cirurgião e paciente sobre resultados da cirurgia e perspectivas de reabilitação. Os autores ainda recomendavam que outros profissionais de saúde, incluindo cientistas sociais, pudessem colaborar no sentido de viabilizar relações médico-paciente cada vez mais eficientes.

Em contextos mais recentes, com os avanços científicos e tecnológicos da área da saúde, as pesquisas referem uma ampla variabilidade de temas e enfoques sobre o atendimento psicológico ao paciente cirúrgico, analisada a seguir.

Mitchell⁶ apontou evidências de que a preparação cirúrgica baseada no estilo de enfrentamento individual dos pacientes pode reduzir os níveis de ansiedade pré-operatória. O autor propõe um modelo psicoeducacional dividido em três níveis de suporte psicológico: (a) detalhado, com explicações específicas da conduta médica e de estratégias de enfrentamento baseadas em conteúdo cognitivo; (b) intermediária, com explicações médicas simples, informações comportamentais e sensoriais que devem ser vivenciadas na cirurgia e dicas de manejo cognitivo do enfrentamento; e (c) reafirmação, com uso de técnicas que incentivem o conforto psicológico, instruções para relaxamento e dicas de estratégias de manejo cognitivo.

Em outro trabalho, Mitchell⁷ argumentou sobre a necessidade de os pacientes permanecerem cada vez menos tempo no hospital e listou os medos mais frequentemente referidos pelos pacientes: anestesia, procedimento cirúrgico propriamente dito, dor e inconsciência. O autor destaca que, se o modo de expressão desses medos fosse conhecido, poder-se-ia desenvolver estratégias preventivas de manejo. Mitchell⁷ ainda observa que como a ansiedade, no período pré-operatório, tende a ser superior àquela verificada no pós-operatório, programas de preparação psicológica que adotam uma combinação de medicação ansiolítica e mecanismos de distração (música, televisão, relaxamento e visitas) têm mostrado potencial sucesso. O autor, no entanto, aponta dois desafios a serem superados pelas pesquisas: (a) a ansiedade do paciente é um processo individual, o que dificulta o uso de protocolos de intervenção em grupo; e (b) as intervenções terapêuticas, tais como medicação e distração, são limitadas em termos de tempo e eficiência.

Gilmartin⁸ analisou a percepção do paciente quanto às necessidades prioritárias na admissão pré-cirúrgica dos cuidados de enfermagem, e expôs a carência do atendimento às necessidades psicológicas dos pacientes, destacando que a falta de informações para o paciente pré-cirúrgico constitui o maior problema da preparação psicológica, o que limita o suporte psicológico percebido pelos pacientes, reduz a colaboração e dificulta o enfrentamento do contexto cirúrgico.

Kehlet e Wilmore⁹ revisaram a literatura acerca dos efeitos das modificações mais atuais nos cuidados perioperatórios em pacientes, exceto cardíacos, de cirurgias eletivas e semieletivas, e, como síntese, apresentaram um protocolo pré-operatório, designado como acelerador de recuperação cirúrgica (*fast track surgical program*) com nove eixos de intervenção, que reduziu os níveis de desconforto físico, morbidade e mortalidade de pacientes cirúrgicos. Embora não tenham mencionado a participação do profissional de psicologia, o protocolo propunha intervenções multimodais para redução do estresse, aceleração do processo de reabilitação, diminuição do tempo de hospitalização e aumento da satisfação pessoal e da percepção de segurança do paciente após a alta. Os autores destacam que a ansiedade do paciente constitui um importante fator de atraso da reabilitação, enquanto a disponibilização de informações pré-operatórias configura-se como um fator de aceleração da reabilitação.

No campo de cirurgia odontológica, Ng et al.¹⁰ constataram que o fornecimento de informações básicas sobre os procedimentos cirúrgicos a serem executados estava relacionado funcionalmente com a redução de ansiedade antecipatória.

Moraes e Dantas¹¹ realizaram estudo descritivo e transversal que avaliou o suporte social instrumental e emocional de pacientes com cardiopatias internados para tratamento cirúrgico. Embora o estudo não tenha destacado uma variável sociodemográfica como altamente relacionada a suporte social, os autores chamam a atenção para o papel do suporte social no processo de reabilitação cardíaca, que exige amplas mudanças de comportamento.

Tendo em vista a variedade de procedimentos de preparação para cirurgia, Fitzpatrick e Hyde¹² realizaram estudo para caracterizar o que é considerado 'usual' nos programas pré-operatórios de hospitais da Irlanda. Os autores constatam que, por um lado, há um crescente interesse dos estudos pelos efeitos de programas psicoeducacionais sobre a recuperação do paciente (medida em termos de tempo de internação), dor pós-operatória (medida pelo uso de analgésicos e escalas de dor) e *distress* psicológico (medido em termos de uso de medicação e níveis de ansiedade), e, por outro lado, há pouca informação acerca de como são feitos estes programas psicoeducacionais. Os resultados evidenciaram que o que foi descrito como 'usual' pelos participantes da pesquisa foi muito diverso, o uso de ferramentas educacionais era inconsistente e dependia da disponibilidade e das práticas individuais dos profissionais de enfermagem.

Buscando aceleração na recuperação pós-operatória e diminuição do tempo de internação, Aguiar-Nascimento et al.¹³ estudaram a implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados peri-operatórios, designado projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória), que questionou e alterou, baseado em evidências empíricas, paradigmas e condutas tradicionais em cirurgia digestiva. Resultados mostraram uma efetiva melhora da morbidade e diminuição do tempo de internação.

Mais especificamente, a preparação psicológica do paciente cirúrgico é enfatizada no trabalho de Dorsten¹⁴ que analisou evidências empíricas de preparação para procedimentos cirúrgicos de implantes de neuroestimuladores e medicamentos, que são

recursos cada vez mais usados em pacientes com dor intratável por outros métodos. Dentre os procedimentos propostos, destacam-se psicoeducação, manejo de dor pré e pós-cirúrgica, controle de expectativas do tratamento, manejo de humor e emoções, encorajamento para monitoramento de medidas de dor pré e pós-cirúrgicas, automonitoramento de níveis de dor pré e pós-cirúrgica, níveis de atividade, instrução para técnicas de relaxamento e manejo de estresse, higiene do sono. O artigo ressaltou a importância da intervenção psicológica na efetividade do tratamento médicos, ressaltando o impacto de fatores psicossociais e comportamentais, em especial no campo da dor, multidisciplinar por definição.

A intervenção psicológica na atenção ao paciente cirúrgico é discutida em Sebastiani e Maia¹⁵, que destacam as contribuições da psicologia na atenção ao paciente cirúrgico:

“(...) 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 equipe de saúde, e facilitando a verbalização das fantasias advindas do processo cirúrgico.” (pp. 54).

Magalhães Filho et al.¹⁶ identificaram a carência de estudos sobre a situação emocional dos pacientes com câncer frente à proximidade da internação para o ato anestésico-cirúrgico, mostraram a influência da avaliação pré-anestésica, e ressaltaram a importância da avaliação psicológica do paciente antes da internação cirúrgica.

A ansiedade é central no estudo de Carr et al.¹⁷, que buscou padrões e frequência de ansiedade pré e pós-operatória em mulheres que se submeteram à cirurgia ginecológica. Os autores buscaram correlacionar os níveis de ansiedade e os níveis de dor pós-operatória e identificar eventos, sob a perspectiva das pacientes, que poderiam aumentar ou diminuir ansiedade nos períodos pré e pós-operatório. Pacientes identificados com altos níveis de ansiedade foram considerados como grupo vulnerável, e, por isso, objeto de intervenção.

Com relação ao tema-chave ‘causas da ansiedade’, os autores listaram os seguintes sub-temas: (a) *organização e dispensa de cuidados*, com os focos espera/tempo, cancelamentos, *staff*, meio hospitalar; (b) *tornando-se um paciente*, com

os focos aspectos psicológicos de tornar-se um paciente, e aspectos comportamentais de tornar-se um paciente; (c) *não saber*, com os focos informações, eventos inesperados, complicações e efeitos colaterais e dor; (d) *preocupações com os outros*, com os focos preocupações com família e amigos, e preocupações com amigos pacientes.

Com relação ao tema-chave *alívio da ansiedade*, os autores listaram os seguintes sub-temas: (a) *pessoas*, com o foco no *staff* do hospital, outros pacientes, família e amigos, retomando a si mesmo; (b) *sendo preparado*, com os focos experiências prévias e informações prévias; e (c) *dor*, com o foco no bom manejo da dor. O estudo ainda destaca a importância da admissão hospitalar como um momento privilegiado para identificar fragilidades do paciente e programar o manejo de demandas específicas.

Em termos mais amplos, Vargas et al.¹⁸, investigaram os sentimentos dos pacientes no período pré-operatório, em pesquisa qualitativa com 20 pacientes do sexo masculino, com idades que variaram de 39 a 89 anos, em cirurgia cardíaca, e constataram as seguintes categorias: (a) sentimentos de *apreensão*: medo, preocupação, ansiedade, receio, cisma, nervosismo; e (b) sentimentos positivos e de *esperança*: sentimentos de possível cura e reabilitação, sentimentos de tranquilidade, (vindos da fé em Deus, do contato com outros pacientes que haviam se submetido à cirurgia e de saber que o risco de morrer é maior sem a cirurgia), e alívio (posto que a cirurgia é necessária para viver). Os sentimentos de apreensão dominaram a primeira parte do pré-operatório e, depois, os sentimentos positivos e de esperança se tornaram mais frequentes, o que apontou a relevância de vivências positivas no período de internação.

Em trabalho crítico, Christóforo e Carvalho¹⁹ comentaram as deficiências numa assistência global (informativa, emocional, espiritual) dada a ênfase no preparo físico do paciente, e comentaram os constrangimentos com os procedimentos da internação, tais como o uso de vestimentas hospitalares.

Lenardt et al.²⁰ pesquisaram os constrangimentos dos idosos nos eventos de hospitalização, com metodologia qualitativa, entrevista de questão única e análise do discurso. Cinco categorias de constrangimento foram encontradas: (a) instrumentos utilizados para o cuidado; (b) interação com a equipe de profissionais; (c) nudez; (d)

internação em quarto coletivo; e (e) uso do avental cirúrgico. As autoras discutem a diferença de experiência histórica da geração dos idosos e a dos cuidadores. Cada vivência histórica permeou de modo diferente os significados que os sujeitos construíram a cada interação, que foram incorporados ao fazer profissional, incluindo as rotinas de trabalho. As autoras relataram que “os profissionais habituados a realizar os procedimentos conforme a rotina de trabalho estabelecida, muitas vezes não percebem o quanto esta sequência de atos e procedimentos pode ser agressiva ao paciente e, principalmente, para a pessoa idosa” (p.738). Isto se refletiu nas interações com o profissional de saúde, incluindo informações prestadas, colaboração, adesão e aceitação.

Num trabalho mais amplo, Camic²¹ citou os benefícios de processos criativos em Psicologia da Saúde e analisou os achados recentes sobre o uso da arte nos cuidados à saúde, como: produzir mudanças positivas fisiológicas e psicológicas nos procedimentos, reduzir o consumo de medicação, reduzir o tempo de internação, aumentar de satisfação no trabalho dos profissionais da saúde, promover melhor relação médico-paciente, produzir cuidados mais eficientes em saúde mental, desenvolver empatia dos trabalhadores de saúde nas relações de gênero e diversidade cultural.

Em síntese, a literatura refere-se, de modo amplo, à assistência ao paciente cirúrgico, englobando as dimensões física, emocional, informativa e espiritual, coerentes com uma visão biopsicossocial de assistência. Entretanto, a variedade de temas e enfoques evidenciou a necessidade de sistematização da literatura, com intenção de compreender melhor o estado da arte, tal como definido em Ferreira²². Neste sentido, o intuito de obter uma síntese das vertentes de pesquisa, de base empírica, relacionados ao tema do atendimento psicológico ao paciente cirúrgico se justifica, posto que um conhecimento mais sistematizado pode subsidiar críticas e planejamentos de ações de assistência ao paciente cirúrgico, peça-chave deste estudo. Assim, no presente trabalho objetivou-se realizar um levantamento bibliográfico, específico e sistematizado, acerca da assistência psicológica ao paciente cirúrgico, no intuito de identificar os eixos estruturantes/norteadores da intervenção psicológica no período pré, peri e/ou pós-operatório. Na busca por artigos empíricos priorizou-se pesquisas que envolvessem ações, procedimentos, rotinas, condutas para melhorar o bem-estar emocional da pessoa adulta internada para realiza-

ção de procedimento cirúrgico. Espera-se com este levantamento, embasar criticamente a crescente inserção de psicólogos em serviços cirúrgicos.

MÉTODO

Para a efetivação da revisão bibliográfica, optou-se por levantamento bibliográfico específico referente ao paciente cirúrgico, focalizado no período da internação e sistematizado em termos de bases, palavras-chave e critérios de inclusão.

Pesquisou-se artigos científicos nas bases de dados PubMed/Medline, Web of Science, SciELO, Pepsic e LILACS, norteados pela palavra-chave *surgery* associada às seguintes palavras e/ou expressões: [*preoperative psychological intervention + surgery*], [*perioperative psychological intervention + surgery*], e [*postoperative psychological intervention + surgery*]. As palavras-chave utilizadas foram extraídas do thesouro *Medical Subject Headings* (MeSH), utilizado pela base de dados PubMed, e de sua versão que opera as traduções ao inglês, espanhol e português com extensões de categorias adicionais, Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), utilizado pelas bases (LILACS, SciELO e Pepsic). Como critérios de inclusão estabeleceu-se que os artigos deveriam: (a) ter data de publicação dos últimos cinco anos, de 2009 a 2005; (b) abordar exclusivamente seres humanos na fase adulta, definidos como pessoas acima de 19 anos; (c) ser predominantemente empíricos; (d) ter temas compatíveis com a assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado, no período pré, peri e/ou pós-operatório, que foi o objetivo da revisão; (e) ser escritos em língua portuguesa, inglesa e/ou espanhola. Por se tratar de uma assistência ao paciente adulto internado exclusivamente para realização do ato cirúrgico, independentemente da subárea cirúrgica, excluiu-se os artigos: (a) com foco no acompanhamento ambulatorial e de reabilitação anterior e/ou posterior à internação específica para cirurgia; (b) com foco nas cirurgias ambulatoriais, conhecidas como ‘pequenas cirurgias’ (outros tipos de cirurgia não foram objeto de exclusão) e; (c) com foco nos familiares e acompanhantes.

RESULTADOS

O levantamento identificou 71 artigos distribuídos nas bases de dados: 27 (*PubMed/Medline*), 39 (*Web of Science*), 02 (*Lilacs*), 02 (*SciELO*) e 01 (*Pepsic*). Estes artigos foram organizados em um banco de

dados e tiveram seu título e resumo analisados para a aplicação dos critérios de exclusão. Como resultado, obteve-se 17 artigos, os quais foram (a) lidos e sintetizados em termos de relevância e conteúdo, e (b) organizados e discutidos em termos dos eixos estruturantes/norteadores da intervenção psicológica no período pré, peri e/ou pós-operatório encontrados na leitura do material, os quais se referiram: ao foco da intervenção psicológica, à necessidade de avaliação prévia à intervenção, aos tipos de intervenções psicológicas, às intervenções psicoeducacionais, e à atuação na perspectiva interdisciplinar. A seguir, os resultados da revisão são apresentados de acordo com os eixos encontrados na literatura.

Focos da intervenção psicológica

Os artigos analisados indicaram alguns focos psicológicos, emocionais e comportamentais, de atuação prática e pesquisa que devem ser considerados na assistência psicológica ao paciente cirúrgico: abandono, ansiedade, apreensão, autoeficácia, autoestima, *delirium*, depressão, *distress*, dor, empoderamento, estresse, expectativas, humor, memória, percepção da hospitalização ou procedimento, qualidade de vida (física, social/familiar, psicológica e funcional), reações emocionais (medo, ansiedade, agitação, *stress*), relaxamento, sintomas adversos. Seidl e Costa Jr.²³ descrevem esta amplitude de focos indicados para direcionar a intervenção psicológica lança luz à necessidade de maior delimitação e sistematização da intervenção do profissional na área de Psicologia da Saúde, área esta ainda em processo de desenvolvimento. Os artigos que se referiram significativamente a estes focos são apresentados a seguir.

Kobayashi et al.²⁴ estudaram pacientes com câncer de cabeça e pescoço, investigando a influência da autoestima pré-operatória no *distress* psicológico durante o tratamento. O estudo foi realizado com 58 pacientes, conscientes do diagnóstico e com cirurgia agendada. Foram usadas as escalas *Rosenberg Self-Esteem Scale* [RSE] e *Hospital Anxiety and Depression Scale* [HADS], ambas na versão japonesa. A escala RSE foi aplicada três vezes: no pré-operatório, em 7 a 10 dias depois da cirurgia e 6 meses após a cirurgia. A escala HADS foi aplicada no pré-operatório e 6 meses após a cirurgia. Os participantes foram divididos em dois grupos: os que obtiveram altos escores de autoestima no período pré-operatório [HSEG] e os que obtiveram baixos escores de autoestima no período pré-operatório [LSEG]. Os resultados mostraram

padrões diferentes nos grupos, com menores níveis de ansiedade e depressão no grupo HSEG, e piores índices no grupo LSEG. Em que pese a limitação do número de participantes, o estudo indicou que a autoestima no pré-operatório pode afetar o *distress* psicológico subsequente.

Caracciolo e Giaquinto²⁵ realizaram estudo prospectivo que investigou a associação entre o *distress* auto-percebido e a recuperação funcional auto-percebida após reabilitação pós-operatória. Os autores aplicaram, no período pós-operatório, a escala *Western Ontario and MacMasters Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC), que investiga, com 24 itens, os temas dor (*pain*), firmeza (*stiffness*), e funcionalidade (*function*), e compararam com os **índices obtidos pela escala Hospital Anxiety and Depression** (HAD), que avalia o bem-estar psicológico em pacientes internados não psiquiátricos. As análises estatísticas mostraram que *distress* e depressão estavam significativamente associadas à redução funcional no período de recuperação inicial, de curto prazo. Os autores recomendaram a verificação e tratamento de *distress* e depressão na admissão de pacientes cirúrgicos de artroplastia.

Stoddard et al.²⁶ avaliaram se o fornecimento de informação poderia reduzir ansiedade. Os autores partiram de referências teóricas que embasaram o fornecimento de informações como redutor de ansiedade por permitir ao paciente discriminar situações seguras das inseguras. Em termos de *coping*, os pacientes foram classificados pelos autores como *blunters* (que evitam receber informações cirúrgicas) e *monitors* (que buscam receber informações cirúrgicas). Ambos foram distribuídos randomicamente em dois grupos: os que receberam ligação telefônica do anestesista apenas confirmando o procedimento, e os que, além da confirmação, foram convidados a fazer perguntas e esclarecimentos. Como resultados, apesar das diferenças de estilo de *coping* entre os pacientes, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, nem em termos de tempo de telefonema ou ansiedade. Em outras palavras, os pacientes *monitors* não exigiram mais tempo de telefone do que os *blunters*. Os autores recomendaram a pessoalidade no fornecimento da informação e chamaram a atenção para as mudanças na formação das equipes de saúde, que nos dias atuais contam com maior diversidade de profissionais, além do médico.

Schnur et al.²⁷ demonstraram que uma sessão de 15 minutos de hipnose antes de procedimento cirúrgico de biópsia excisional de seio foi capaz

de reduzir *distress* pré-cirúrgico, em comparação às pacientes que receberam mesma quantidade de atenção profissional sem intervenção ativa. A redução do *distress* incluiu menor aborrecimento emocional, menos depressão, menos ansiedade e significativamente mais relaxamento após o procedimento. Mais de 75% dos participantes que receberam hipnose sentiram-se significativamente melhor emocionalmente do que os participantes do grupo controle.

Ramos et al.²⁸ mostraram que os pacientes com maiores índices de ansiedade pré-cirúrgica tiveram maiores índices de cortisol na saliva, e pior recuperação pós-cirúrgica, evidenciando relação entre ansiedade, cortisol e a recuperação do paciente. Os autores observaram que os estudos se dividem em estratégias diferentes para manejo de ansiedade do paciente: modificando a estrutura do hospital (pátios, janelas, músicas), alterando a rotina do hospital (mais acesso aos familiares, compartilhar com quem já fez a cirurgia), provendo suporte psicológico adequado (técnicas cognitivas, comportamentais, informativas). Diante dessas possibilidades, os autores chamaram a atenção para a necessidade de isolar os fatores psicossociais de risco para se prover uma abordagem ao paciente de um ponto de vista mais integral, para melhorar a qualidade dos cuidados.

Gurlit e Möllmann²⁹ relatam experiência em prevenção de quadros de *delirium* no período perioperatório em idosos com mais de 85 anos. Os autores identificaram índices de *delirium* que variaram de 2,45 a 12,7% em cirurgias, com grande sofrimento para o paciente e cuidadores. Foram expostas estratégias de prevenção, como ênfase em funcionamento do grupo de profissionais de saúde e valorização da enfermagem geriátrica, com recomendações voltadas à educação, identificação e reconhecimento dos fatores de risco.

Necessidade de avaliação prévia

Outro eixo encontrado na revisão foi a necessidade de avaliações específicas, prévia à intervenção, na assistência ao paciente cirúrgico. Em termos de objeto de avaliação e identificação os artigos apontaram para a necessidade de verificar os fatores psicossociais de risco, a autoestima prévia, a qualidade de vida, aos indicadores de *distress* e depressão. Os artigos que se referiam a este eixo são apresentados a seguir.

Warner et al.³⁰ identificaram o potencial de abstinência de substância, e pesquisaram se a reposição de nicotina no período pré-operatório poderia minimizar os efeitos da abstinência. Utilizaram metodologia duplo-cego, em que um grupo recebeu reposição com substância ativa e outro com placebo. Não houve diferença significativa entre os grupos, mas houve redução global do consumo nos dois grupos 30 dias após a cirurgia.

Sharma et al.³¹ avaliaram fatores de risco por meio de preditores de qualidade de vida no período pós-operatório. Os autores aplicaram escalas padronizadas e validadas antes da cirurgia e seis semanas após a alta. Os resultados mostraram alta correlação dos índices nos períodos pré e pós-cirúrgico, e a linha de base de qualidade de vida no período pré-cirúrgico foi estatisticamente significativa como um importante preditor da qualidade de vida no período pós-cirúrgico. Os autores recomendaram investigação sistemática da qualidade de vida do paciente no período pré-cirúrgico.

Shapira-Lichter et al.³² avaliaram parâmetros fisiológicos, mostrando o ato cirúrgico como um importante estressor, capaz de induzir transtornos emocionais e cognitivos que começam antes da cirurgia e se exacerbam 24 horas após a cirurgia. Os autores chamaram a atenção para o fato de que um dia após a cirurgia é típica a experiência de uma combinação dos efeitos da cirurgia, anestesia, dor e estresse psicológico. Os autores focaram nos mecanismos neurobiológicos dessa interação.

Mochizuki et al.³³ avaliaram ansiedade e depressão como aspectos psicológicos no período perioperativo em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Os autores observaram maiores índices de ansiedade antes da cirurgia e maiores índices de depressão após a cirurgia. Os fatores de qualidade de vida (física, social/familiar, psicológico, funcional) diminuíram imediatamente após a cirurgia, mas melhoraram um mês após a alta. Os autores recomendaram que os dados sejam utilizados: (1) para o planejamento, da equipe, dos períodos pré, pós-operatório e de alta, com base em mudanças psicológicas e qualidade de vida e (2) para a elaboração de programas educacionais de apoio aos pacientes cirúrgicos (cabeça e pescoço) e familiares, esclarecendo dificuldades físicas e psicológicas a serem esperadas.

Tipos de intervenções psicológicas

O material analisado mostrou possibilidades de serviços e intervenções específicas e resolutivas na assistência ao paciente cirúrgico. Em termos de intervenções, ou de serviços a serem oferecidos ao paciente, encontrou-se: música, suporte emocional centrado na pessoa, esclarecimento das dificuldades físicas e psicológicas esperadas, vídeo como medida profilática. Os artigos que mostraram essas intervenções são referidos a seguir.

Sendelbach et al.³⁴ estudaram os efeitos de sessões de terapia de música ao vivo em pacientes em recuperação de cirurgia cardíaca, e obtiveram redução significativa de dor e ansiedade, embora sem diferenças significativas para pressão sanguínea, batimentos cardíacos e redução de uso de opióide.

Walworth et al.³⁵ pesquisaram efeitos da música ao vivo recebida por pacientes de cirurgia eletiva no cérebro, registrando indicadores de qualidade de vida (ansiedade, percepção da hospitalização, relaxamento, estresse, humor, medicação para dor e tempo de hospitalização) antes e depois do procedimento cirúrgico. Os resultados indicaram melhora nos índices de ansiedade, percepção da hospitalização, relaxamento e estresse, mas não houve diferença nos aspectos do humor ou da dor. Poucos participantes receberam medicação para dor pós-operatório, o que impossibilitou a análise, e não houve diferença significativa no número de horas de hospitalização. Os autores relataram dificuldades operacionais para execução da música ao vivo na sala de espera da cirurgia 30 minutos antes do procedimento, e recomendaram continuidade e ampliação da pesquisa.

Nilsson³⁶ investigou os efeitos da música no relaxamento de paciente de cirurgia cardíaca no repouso pós-cirúrgico. A música foi oferecida por 30 minutos, por equipamento de MP3 conectado a um travesseiro especial. A música foi do tipo *MusiCure*, que é definida como sendo uma música suave (60-80bpm), com volume de 50-60dB, e com várias melodias. Foram registradas medidas fisiológicas, incluindo saturação de oxigênio, no processo de relaxamento conduzido com os pacientes. Embora a autora tenha esclarecido que as relações causais não poderiam ser estabelecidas no trabalho, os dados embasaram a recomendação de intervenção com música em pacientes cirúrgicos cardíacos.

Gilmartin e Wright³⁷ realizaram um estudo qualitativo, de abordagem hermenêutica fenomenológica, com entrevista a 20 pacientes cirúrgicos em internação breve, nas especialidades ginecologia, urologia e cirurgia geral. A análise qualitativa mostrou quatro eixos de conteúdos: (a) empoderamento na preparação (com as explicações dos profissionais e o encontro com o cirurgião); (b) apreensão (ameaça potencial da anestesia e procedimento cirúrgico, vulnerabilidade na área de espera com pessoas de outro sexo, temor pelos desafios no período pós-cirúrgico); (c) sentimento de abandono na área de espera pré-operatória; e (d) sintomas adversos na recuperação cirúrgica. As autoras discutiram a precariedade da literatura em relação à experiência do paciente no período desde a admissão até a alta, e, com isso, ansiedades e necessidades potenciais dos pacientes não estariam bem articuladas. As recomendações foram no sentido de fortalecer o suporte emocional centrado na pessoa, ter consciência dos fatores ambientais que podem impactar sobre a ansiedade do paciente, promover o uso da música no período pré-operatório, usar habilidades dinâmicas interpessoais para reduzir ansiedade e sentimentos de abandono, estar alerta à comunicação verbal, e indicativos não-verbais demonstrados pelo paciente e fornecer informações específicas e cuidadosas sobre os procedimentos e a rotina.

Intervenções psicoeducacionais

O material analisado apontou para a necessidade de ações de educação como eixo de assistência, apresentados a seguir.

Maddison et al.³⁸ testaram a eficácia de um vídeo educativo (*modeling video*), com bons resultados sobre a redução da percepção de ansiedade e dor no pré-operatório, bem como melhora da auto-eficácia e funcionalidade após as cirurgias.

Mancuso et al.³⁹ verificaram que módulos educacionais no formato de aulas, no período de 12 meses da reabilitação, podem realinhar as expectativas de recuperação, funcionalidade e bem-estar de modo a estarem mais coincidentes com as recomendações dos cirurgiões. O estudo evidenciou a relevância do acompanhamento ambulatorial de reabilitação para o paciente cirúrgico. Isso se torna base particularmente importante para mostrar a necessidade de diálogo entre as equipes de acompanhamento ambulatorial com as equipes de cuidados perioperatórios. Em outras palavras, não há que se sobrecarregar nem o período

do ambulatorial (de preparação e de reabilitação), nem o período de internação cirúrgica.

Atuação na perspectiva interdisciplinar

O material levantado na revisão sistemática evidenciou o eixo de interface com as demais equipes de assistência ao paciente cirúrgico, mostrando a necessidade de uma atuação interdisciplinar, não mais como um mosaico de ações, mas um conjunto integrado de assistência ao paciente cirúrgico. Nessa atuação mais integrada os artigos referem a necessidade de integrar a psicoprofilaxia nas práticas médicas e tornar as informações mais pessoais, correspondentes ao estilo de cada paciente.

Juan⁴⁰ comparou pacientes que receberam acompanhamento de psicoprofilaxia cirúrgica (G1) com os que não receberam (G2). Em que pese o artigo carecer de detalhamento dos instrumentos, critérios de seleção e análises estatísticas, a autora relatou diferenças estatisticamente significativas em: dor, sentimento de bem-estar, ansiedade pós-operatória e estresse pela hospitalização para pacientes expostos ao acompanhamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise de literatura, apesar de ter identificado eixos estruturantes/norteadores da intervenção psicológica que, a princípio podem parecer muito amplos e inespecíficos em termos de ação prática, contempla a complexidade da vivência do paciente cirúrgico, a qual envolve diferentes aspectos a serem observados, sendo que esta intervenção deve ser aproximar-se cada vez mais das outras áreas de atuação junto à este paciente, as quais devem se articular e atuar de forma interdisciplinar, sob a égide do modelo biopsicossocial.

Especificamente, foram referidas para esta assistência psicológica **focos** nos processos de manejo de dor, dos constrangimentos da internação e da ansiedade, que, especificamente, carece de melhor conhecimento em termos de frequência e padrões de manifestação. Foram recomendadas **avaliações** psicológica, psiquiátrica, de suporte social e de sentimentos de apreensão e esperança dos pacientes a serem submetidos à cirurgia. As **intervenções** referidas para preparação incluíram apoio, escuta, suporte psicológico amplo, uso da arte e procedimentos psicoeducacionais, que englobam

não só informação, mas verificação da compreensão do quadro clínico pelo paciente, com uso de ferramentas educacionais consistentes. Em termos de **equipe** houve recomendação de treinamento para ações multidisciplinares, e, institucionalmente, foi referida a necessidade de normas que viabilizem a assistência, de protocolos típicos sistematizados e de política de admissão do paciente cirúrgico.

Quanto ao **foco**, ênfase ou prioridade do artigo sobre estados mentais, emocionais, quadros psicológicos ou aspecto subjetivo ligado ao paciente cirúrgico, constata-se uma ampla variedade: sentimentos de abandono, apreensão, autoeficácia, autoestima, *delirium*, depressão, *distress*, empoderamento, estresse, expectativas, humor, memória, percepção da hospitalização e dos procedimentos, múltiplos aspectos da qualidade de vida, reações emocionais, relaxamento e sintomas adversos. Esta variedade se justifica uma vez que neste levantamento não houve discriminação por tipo ou subárea cirúrgica, que constaram nos artigos como: cabeça e pescoço, cardiologia, geral, mastologia, neurocirurgia, ortopedia, proctologia, urologia e miscelânea. Observa-se tanto a amplitude de possibilidades de focos de investigação, quanto grande especificidade cirúrgica, o que caracteriza um desafio da intervenção psicológica sistemática. Algumas questões se colocam para pesquisas mais específicas: há indicadores específicos de preparação psicológica para cirurgias específicas? Quais processos psicológicos podem ser tomados como funções básicas para investigação e análise de preparação para cirurgia em geral?

Quanto à **avaliação**, os artigos ressaltaram a importância de se criar modos de se conhecer e monitorar aspectos pontuais do paciente, indicadores de processos psicológicos, tais como, fatores psicossociais, baixa autoestima prévia, qualidade de vida, *distress behavior* e depressão. Essa variedade sugere que: (a) alguma avaliação é necessária; (b) a avaliação do paciente cirúrgico deve ser flexível o suficiente para adaptar-se à variedade de especificidades cirúrgicas; e (c) a avaliação também deve ser geral o suficiente para monitorar a situação, como um todo, de internação do paciente.

Quanto às **intervenções** ou ações a serem oferecidas aos pacientes foram citadas música, suporte emocional centrado na pessoa, esclarecimento das dificuldades físicas e psicológicas esperadas, vídeo como medida profilática. Observa-se, com base na literatura, a necessidade de um menu de

possibilidades de ações, a serem aplicadas tanto de modo preventivo, como por exemplo, fornecimento de informações, como em resposta aos resultados da avaliação do paciente, tais como, suporte emocional. A avaliação, ampla e flexível, tem, neste contexto, papel funcional relevante.

Em interface com as intervenções específicas, estão as ações de **educação**, referidas na forma de programas para pacientes e familiares. O ambiente de internação, por mais humanizado que seja, possui normas, regras, rotinas e funcionamentos que não fazem parte do cotidiano de pacientes e familiares. Entende-se, com isso, que o papel das ações educativas pode ser concebido em termos amplos, com alta aplicabilidade em grande variedade de situações de internação hospitalar, desde educação para a saúde até questões específicas que incentivem a adesão ao tratamento.

Quanto às **equipes**, os artigos referem a necessidade de integração da preparação emocional e sugerem mudanças no processo de comunicação. Entende-se que é necessário viabilizar mecanismos de comunicação interdisciplinar, o que pode ser efetivado tanto com ações institucionais sugeridas na literatura (por exemplo, alteração das normas e criação de política de assistência ao usuário), como pela interface do uso das ferramentas de educação, que constitui uma das bases da proposta da Psicologia da Saúde, conforme preconiza a Divisão 38 da *American Psychological Association*⁴¹.

O levantamento sugere que, por um lado, devido à amplitude da área, há de se elaborar eixos de intervenções, e por outro lado, devido às especificidades da área, há de se ter um menu de possibilidades

de avaliação e intervenção. Se, por um lado, a literatura cita procedimentos psicoeducacionais diversos na preparação e no atendimento do paciente, ainda há uma grande lacuna sobre a atuação do profissional psicólogo, tanto na assistência direta ao paciente quanto na participação nas equipes envolvidas. Neste sentido, entende-se que a pesquisa e o desenvolvimento de procedimentos sistematizados sejam caminhos para a conquista dos espaços na assistência em Psicologia da Saúde. Por isso, sugere-se aperfeiçoar a sistematização dos procedimentos de assistência ao paciente cirúrgico internado, para melhorar a qualidade de assistência, com melhoria da comunicação interdisciplinar, pela sistematização de formas de atendimentos que viabilize estudos futuros com indicadores para avaliação do serviço.

Gorayeb e Guerrelhas⁴² falam da inserção do psicólogo na área da saúde de forma interdisciplinar exige uma atitude científica, que implica na fundamentação do trabalho em evidências empíricas, provenientes de ações objetivas e precisas, passíveis de serem compreendidas por outros profissionais de saúde, psicólogos e não psicólogos. Neste sentido, o preparo melhor dos psicólogos no contexto cirúrgico, numa visão biopsicossocial, implica, pelas evidências empíricas da literatura, em elaborar uma atuação, um protocolo de assistência, que tenha como eixos práticos: estabelecimento de focos de manejo uso de avaliações específicas, realização de intervenções resolutivas, atuação em educação no sentido amplo e integração com equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Cabral WB. A atuação do psicólogo no hospital para a promoção de saúde. *Redepsi*. 2007. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=461>. Acessado em 07/jun/2012.
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977; 196(4286), 129-136.
3. Shorter E. The history of the biopsychosocial approach in medicine: before and after Engel. In: White P, editor, *Biopsychosocial Medicine: An Integrated Approach to Understanding Illness*. Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 1– 19.
4. Kennedy A. The psychology of the surgical patient. *British Medical Journal*, 1950 Feb. 18; 396-400.
5. Brant CS, Volk H, Kutner B. Psychological Preparation for Surgery. *Public Health Reports*, 1958; 73(11), 1001-1007.
6. Mitchell M. Patients's perceptions of pre-operative preparation for day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 1997; 26, 356-363.
7. Mitchell M. Patient anxiety and modern elective surgery: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 2003; 12, 806-815.
8. Gilmartin J. Day surgery: Patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. *Journal of Clinical Nursing*, 2003; 13, 243-250.
9. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *The American Journal of Surgery*, 2002; 183, 630-641.
10. Ng SKS, Chau AWL, Leung WK. The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2004; 32, 227-235.
11. Moraes TPR, Dantas RAS. Evaluation of social support among surgical cardiac patients: support for nursing care planning. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2007; 15(2), 323-329.
12. Fitzpatrick E, Hyde A. What characterizes the 'usual' preoperative education in clinical contexts? *Nursing and Health Sciences*, 2005; 7, 251-258.
13. Aguilar-Nascimento JE, Bicudo-Salomão A, Caporossi C, Silva RM, Cardoso EA, Santos TP. Acerto pós-operatório: avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados peri-operatórios em cirurgia geral. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia*, 2006; 33(3): 181-188.
14. Dorsten BV. Psychological considerations in preparing patients for implantation procedures. *Pain Medicine*, 2006; 7(S1), S47-S57.
15. Sebastiani RW, Maia EMC. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 2005; 20 Suppl1: 1-55.
16. Magalhães Filho LL, Segurado A, Marcolino JAM, Mathias LAST. Impacto da avaliação pré-anestésica sobre a ansiedade e a depressão dos pacientes cirúrgicos com câncer. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 2006; 56(2), 126-136.
17. Carr E, Brockbank K, Allen S, Strike P. Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 2006; 15, 341-352.
18. Vargas TVP, Maia EM., Dantas RA. Patient feeling during the preoperative period for cardiac surgery. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 2006; 14(3), 383-388.
19. Christóforo BEB, Carvalho DS. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2009; 43(1), 14-22.
20. Lenardt MH, Hammerschmidt KSA, Pívaro ABR, Borghi ACS. Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. *Texto Contexto Enfermagem*, 2007; 16(4), 737-745.
21. Camic PM. Playing in the mud: Health Psychology, the arts and creative approaches to health care. *Journal of Health Psychology*, 2008; 13(2), 287-298.
22. Ferreira, NSA. As pesquisas denominadas "Estado da Arte". *Educação e Sociedade*, 2002; 23(79), 257-272.
23. Seidl EMF, Costa Jr. AL. (1999). O psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1999; 15(1), 27-35.

24. Kobayashi M, Sugimoto T, Matsuda A, Matsushima E, Kishimoto S. Association between self-esteem and depression among patients with head and neck cancer: a pilot study. *Head & Neck*, 2008; 30(10), 1303-1309.
25. Caracciolo B, Giaquinto S. Self-perceived distress and self-perceived functional recovery after recent total hip and knee arthroplasty. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2005; 41(2), 177-181.
26. Stoddard JA, White KS, Covino NA, Strauss L. Impact of a Brief Intervention on Patient Anxiety Prior to Day Surgery. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2005; 12(2), 99-110.
27. Schnur JB, Bovbjerg DH, David D, Tatrow K, Golder AB, Silverstein JH, et al. Hypnosis Decreases Presurgical Distress in Excisional Breast Biopsy Patients. *Anesthesia and Analgesia*, 2008; 106(2), 440-444.
28. Ramos M I, Cardoso MJ, Vaz F, Torres MD, García F, Blanco G, González EM. Influence of the grade of anxiety and level of cortisol on post-surgical recovery. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 2008; 36(3):133-137.
29. Gurlit S, Möllmann M. How to prevent perioperative delirium in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2008; 41(6), 447-452.
30. Warner DO, Patten CA, Ames SC, Offord KP, Schroeder DR. Effect of Nicotine Replacement Therapy on Stress and Smoking Behavior in Surgical Patients. *Anesthesiology*, 2005; 102(6), 1138-1146.
31. Sharma A, Sharp DM, Walker LG, Monson JRT. Predictors of Early Postoperative Quality of Life after Elective Resection for Colorectal Cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 2007; 14(12), 3435-3442.
32. Shapira-Lichter I, Beilin B, Ofek K, Bessler H, Gruberger G, Shavit Y, et al. Cytokines and cholinergic signals co-modulate surgical stress-induced changes in mood and memory. *Brain, Behavior and Immunity*, 2008; 22, 388-398.
33. Mochizuki Y, Matsushima E, Omura K. Perioperative assessment of psychological state and quality of life of head and neck cancer patients undergoing surgery. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 2009; 38(2), 151-159.
34. Sendelbach SE, Halm MA, Doran KA, Miller EH, Gaillard P. Effects of music therapy on physiological and psychological outcomes for patients undergoing cardiac surgery. *The Journal of cardiovascular nursing*, 2006; 21 (3), 194-200.
35. Walworth D, Rumana CS, Nguyen J, Jarred J. Effects of Live Music Therapy Sessions on Quality of Life Indicators, Medications Administered and Hospital Length of Stay for Patients Undergoing Elective Surgical Procedures for Brain. *Journal of Music Therapy*, 2008; XLV (3), 349-359.
36. Nilsson U. Soothing music can increase oxytocin levels during bed rest after open-heart surgery: a randomised control trial. *Journal of Clinical Nursing*, 2009; 18(15), 2153-2161.
37. Gilmartin J, Wright K. Day surgery: patient's felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 2008; 17(18), 2418-2425.
38. Maddison R, Prapavessis H, Clatworthy M. Modeling and Rehabilitation Following Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Annals of Behavioral Medicine*, 2006; 31(1), 89-98.
39. Mancuso CA, Graziano S, Briskie LM, Peterson MGE, Pellicci PM, Salvati EA, Sculco TP. Randomized Trials to Modify Patients' Preoperative Expectations of Hip and Knee Arthroplasties. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2008; 466, 424-431.
40. Juan K. Psicoprofilaxia Cirúrgica em Urologia. *Psicologia Hospitalar*, 2005; 3(2).
41. American Psychological Association. Our Mission. Disponível em <http://www.health-psych.org/About-Mission.cfm>. Acessado em 04/fev/2010.
42. Gorayeb, R., Guerrelhas, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2001; V(1), 11-19.