**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GABRIELA FEITOSA ESPLENDORI

**DIFERENÇAS DE GÊNERO NA PERCEPÇÃO DO
ESTRESSE E NAS ESTRATÉGIAS DE *COPING* DE
PACIENTES EM PRÉ-OPERATÓRIO DE
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

**SÃO PAULO
2014**

GABRIELA FEITOSA ESPLENDORI

**DIFERENÇAS DE GÊNERO NA PERCEPÇÃO DO
ESTRESSE E NAS ESTRATÉGIAS DE COPING DE
PACIENTES EM PRÉ-OPERATÓRIO DE
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem na Saúde do Adulto
(PROESA) da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de
Mestra em Ciências.

Área de concentração:
Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia
Siqueira Costa

**SÃO PAULO
2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Esplendori, Gabriela Feitosa

Diferenças de gênero na percepção e nas estratégias de coping de pacientes em pré-operatório de revascularização do miocárdio / Gabriela Feitosa Esplendori. São Paulo, 2014.

161p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Siqueira Costa

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Nome: Gabriela Feitosa Esplendori

Título: Diferenças de gênero na percepção do estresse e nas estratégias de *coping* de pacientes em pré-operatório de revascularização do miocárdio

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pacientes que vivenciam o período pré-operatório de revascularização do miocárdio, especialmente às mulheres e aos homens que aceitaram participar deste estudo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus pelo Seu Imenso Amor, por estar comigo em todos os momentos de minha vida, por ser a minha força nos momentos alegres e nos momentos em que encontrei dificuldades. Por me presentear com uma família e amigos maravilhosos.

Aos pacientes que participaram deste trabalho, obrigada por doarem alguns minutos do dia de vocês.

À Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Siqueira Costa pela amizade. Obrigada pela paciência e todo o aprendizado durante a orientação para construção deste trabalho.

Aos meus queridos pais, Fátima e José, que sempre me mostraram o caminho da persistência e busca pelos objetivos e planos de vida.

Ao meu amado e querido esposo Dalton, pelo apoio. Por permanecer ao meu lado, mesmo diante do cansaço e estresse vivido neste percurso de minha vida profissional. Por me lembrar que a fé é, sempre, o alicerce.

AGRADECIMENTOS

À Estela Regina Ferraz Bianchi, por ser minha orientadora no início de minha vida acadêmica, ensinando-me a gostar de “realizar e consumir” pesquisas. Pela amizade. Pelas vezes em que compartilhou comigo, de meus planos profissionais e particulares.

À Roberta de Souza, pela amizade construída durante a elaboração deste trabalho.

Ao Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia por ser meu local de coleta de dados e à Andréa Cotait, Rika Kobayashi. Especialmente, agradeço minha chefia direta, Eliana Bittar, pelo apoio na construção deste estudo diante da flexibilidade quanto aos turnos de trabalho e escala de férias. Mais uma vez, muito obrigada.

Ao amigo Sérgio Henrique Simonetti, pela amizade e apoio durante esta trajetória.

Às enfermeiras Keren e Márcia e toda equipe de enfermagem do centro cirúrgico, pelo apoio.

Às chefias e equipes de enfermagem das enfermarias do 4º e 5º andares, pela amizade durante cada dia de coleta de dados.

Ao Bernardo, pela atenção dispensada e ajuda nos momentos finais de construção deste trabalho.

Às enfermeiras Gabriela, Solange, Harriet, Maksuely, Kátia, Vivian, Marina e Natália que também foram residentes na Especialização em Enfermagem Cardiovascular na Modalidade Residência, pelo apoio.

À Danielly Mascarenhas e Ellen Heimberg, por compartilharem deste momento comigo, mesmo distantes fisicamente.

À Rosemeire e Gilmar A. Esplendori, pelo apoio.

Esplendori GF. Diferenças de gênero na percepção do estresse e nas estratégias de *coping* de pacientes em pré-operatório de revascularização do miocárdio[dissertação].São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: A cardiopatia isquêmica (doença das artérias coronárias) está entre as principais causas de morte de homens e mulheres no Brasil. A cirurgia de revascularização do miocárdio é indicada diante do quadro de lesões coronarianas difusas, acometimento de mais de um território coronariano e envolvimento de artérias vitais. Frente à necessidade de submissão ao procedimento cirúrgico, o paciente sente-se exposto a situações de estresse durante todo o período perioperatório, as quais o torna fragilizado física e emocionalmente, mesmo considerando ser este o recurso para manutenção da vida. O Modelo Interacionista do Estresse, referencial adotado nesta pesquisa, mostra que o gênero desempenha função de moderador da percepção do estresse. **Objetivo:** Identificar as diferenças de gênero na percepção do estresse e nas estratégias de *coping* de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Método:** Estudo com abordagem quantitativa, observacional, exploratório e descritivo, transversal, com coleta prospectiva de dados, realizado em hospital público de alta complexidade do município de São Paulo, cuja amostra foi composta de 74 homens e 31 mulheres. A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2012 e julho de 2013, após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa. Como instrumentos, foram utilizados: Questionário para caracterização sociodemográfica e clínica, Escala de Estresse Percebido (PSS-14), Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, para os quais foram utilizadas estatísticas descritivas e testes de comparação e correlação. Duas perguntas foram elaboradas para identificar estressores/preocupações e ações que ajudaram a enfrentar o pré-operatório, cujas respostas foram categorizadas e quantificadas. **Resultados:** A média de pontuação de estresse para mulheres e homens foi, respectivamente, 22,5 e 19,6. Esta diferença não foi estatisticamente significativa. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os oito domínios do Inventário de Estratégias de *Coping* e gênero, enquanto os domínios Resolução de problemas, Reavaliação positiva e Suporte social tiveram maiores médias de pontuação. Observou-se que os domínios Reavaliação positiva, Fuga e esquiva, Autocontrole, Suporte social e Afastamento se relacionaram significativamente com algumas variáveis clínicas e sociodemográficas. Houve diferença estatisticamente significativa entre gêneros na categoria “B.1-Medo do procedimento: O coração com problemas/anestesia/esternotomia”, com predomínio das mulheres ($p=0,009$) e na categoria “C-Atividades para ocupar a mente”, com predomínio dos homens ($p=0,031$). **Conclusão:** Diante da complexidade,

novidade e incontabilidade relativas à cirurgia de revascularização do miocárdio, o gênero não influenciou nas pontuações de estresse e domínios de *coping* (Inventário de Estratégias de *Coping*), predominando, na amostra total, a busca pela Resolução do problema e, em seguida, focou-se na emoção, com o uso da Reavaliação positiva e do Suporte social, destacando-se o apoio na fé/oração e o apoio de familiares e amigos. Homens e mulheres diferenciaram-se diante do relato quanto ao estressor e quanto à ação para enfrentar o pré-operatório.

PALAVRAS-CHAVE: Estresse psicológico. Adaptação psicológica. Cirurgia torácica. Revascularização miocárdica. Identidade de gênero.

Esplendori GF. Gender differences in stress perception and coping strategies in preoperative patients of coronary artery bypass grafting (CABG) [dissertation], São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2014.

ABSTRACT

Introduction: Ischemic heart disease (coronary artery disease) is among the leading causes of death for men and women in Brazil. Coronary artery bypass grafting (CABG) is indicated on the diffuse coronary lesions, involvement of more than one coronary territory and of vital arteries. Faced with the need of undergoing the surgical procedure the patient feels exposed to stress during the perioperative period making them physically and emotionally vulnerable, even when surgery is the best option for sustaining life. The Interactionist Model of Stress, framework adopted in this research, shows that gender plays a moderator role in perceived stress. **Objective:** To identify gender differences in the perception of stress and *coping* strategies in patients undergoing CABG. **Methods:** Quantitative, observational, exploratory and descriptive, cross-sectional approach study with transversally prospective data collection conducted in a high complexity public hospital in the city of São Paulo, Brazil, with samples that consisted of 74 men and 31 women. Data collection was conducted between December 2012 to July 2013, after approval from the Ethics in Research Committees. The research materials included a questionnaire for socio - demographic and clinical characteristics, the Perceived Stress Scale (PSS-14), the Inventory of Coping Strategies of Folkman and Lazarus - using descriptive statistics and comparison and correlation tests, and two questions involving stressors / concerns and actions that helped coping with the preoperative. The responses were then categorized and quantified. **Results:** The mean score of stress for women and men were, respectively, 22.5 and 19.6. This difference was not statistically significant. There were no statistically significant differences among the eight domains of the Coping Strategies Inventory and gender, and the domains of Problem solving, Positive reappraisal and Social support showed the highest mean score. It was observed that in the domains of Positive reappraisal, Escape and Avoidance, Self-control, Social support and Distancing were significantly related with the clinical and sociodemographic variables. There was a statistically significant difference between gender and category "B.1 - Fear of the procedure: Heart problems / anesthesia / sternotomy " with a predominance of women ($p = 0.009$) and "C - Activities to occupy the mind" with the predominance of men ($p = 0.031$). **Conclusion:** Given the complexity, novelty and uncontrollability related to CABG, gender did not influence the scores of stress and coping domains (Coping Strategies Inventory) with the search for problem solving predominating in the total

sample, followed by emotion-focused coping of social support and positive reappraisal, highlighting faith / prayer and support from family and friends. Men and women differed on their accounts of stressors and actions for coping the preoperative.

KEYWORDS: Psychological stress. Psychological adaptation. Thoracic surgery. Myocardial revascularization. Gender identity

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Frequência das artérias coronárias afetadas da amostra de 105 participantes, São Paulo - 2013.....	68
Figura 2	Estressores ou preocupações relatados pelos 105 participantes, pelas mulheres e homens, em frequência relativa e absoluta, São Paulo - 2013.....	82
Figura 3	Ações que ajudaram a enfrentar o pré-operatório, relatadas pelos 105 participantes, pelos homens e mulheres, São Paulo - 2013.....	91
Figura 4	Representação gráfica sobre reflexões a respeito de ações de enfermagem, de acordo com a discussão realizada, São Paulo - 2013.....	131

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estimativas calculadas para o tamanho de amostra (n), a partir dos resultados de Antonietti, São Paulo - 2013.....	46
Quadro 2	Distribuição das classes econômicas, segundo o Critério de Classificação econômica Brasil, São Paulo - 2013.....	48
Quadro 3	Descrição dos itens que compõem os domínios do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus, com pontuações de frequências de utilização, São Paulo - 2013.....	51
Quadro 4	Título das categorias referentes aos estressores ou às preocupações relatados pelos 105 participantes da pesquisa, São Paulo - 2013.....	81
Quadro 5	Título das categorias referentes às ações que ajudaram a enfrentar o pré-operatório, relatadas pelos 105 participantes da pesquisa, São Paulo - 2013.....	90
Quadro 6	Valores de alfa de Cronbach encontrados em estudos que utilizaram o Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus , São Paulo - 2013.....	111
Quadro 7	Paralelo adotado entre as categorias obtidas a partir de pergunta aberta e domínios do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus, São Paulo - 2013.....	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos 105 pacientes, segundo a idade (anos) e a comparação de gênero. São Paulo - 2013.....	64
Tabela 2	Distribuição dos 105 pacientes, segundo as características sociodemográficas e a comparação de gênero. São Paulo-2013.....	65
Tabela 3	Distribuição dos 105 pacientes, segundo as características laborais e renda econômica e a comparação de gênero. São Paulo-2013.....	67
Tabela 4	Comparação de gênero sobre tempo de diagnóstico médico e de conhecimento da necessidade da cirurgia, com valores de p, São Paulo - 2013.....	69
Tabela 5	Distribuição dos 105 participantes e comparação de gênero, segundo características clínicas com valores de p, São Paulo - 2013.....	70
Tabela 6	Distribuição das experiências cirúrgicas da amostra de 105 participantes e comparação de gênero, com valores de p, São Paulo - 2013.....	72
Tabela 7	Resultado da análise de consistência interna por meio do Alfa de Cronbach da Escala de Estresse Percebido (PSS-14), São Paulo - 2013.....	73
Tabela 8	Resultado da análise de consistência interna por meio do Alfa de Cronbach do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus, São Paulo - 2013.....	74
Tabela 9	Médias das pontuações de estresse percebido, desvio padrão, mínimo e máximo e quartis com valor de p na amostra total e na comparação de gênero, São Paulo - 2013.....	75
Tabela 10	Médias padronizadas das pontuações dos domínios do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> , desvio padrão (DP), mínimo e máximo e quartis na amostra total, São Paulo - 2013.....	77

Tabela 11	Itens do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> que obtiveram respostas “usei muitas vezes” por mais da metade da amostra do estudo, São Paulo - 2013.....	78
Tabela 12	Médias padronizadas dos domínios do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> , desvio padrão, mínimo e máximo e quartis com valor de p na comparação de gênero, São Paulo - 2013	79
Tabela 13	Itens do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> que obtiveram resposta “usei muitas vezes” por mais da metade das mulheres e dos homens, São Paulo – 2013.....	80
Tabela 14	Frequência das respostas relatadas pelas mulheres e homens sobre os estressores ou preocupações, com valores de p na comparação de gênero, São Paulo - 2013.....	87
Tabela 15	Frequência das respostas de mulheres e homens sobre as ações que ajudaram no pré-operatório, com valores de p na comparação de gênero , São Paulo-2013.....	95
Tabela 16	Valores de p das correlações e comparações das pontuações de estresse e dos domínios do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> com variáveis sociodemográficas e clínicas, São Paulo - 2013.....	98
Tabela 17	Variáveis sociodemográficas e clínicas que apresentaram valores de p significantes para os domínios do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> , São Paulo - 2013.....	100
Tabela 18	Relacionamento entre os domínios de <i>coping</i> e as pontuações de estresse, com valor de p e coeficiente de correlação (r) , São Paulo - 2013.....	102
Tabela 19	Relacionamento entre os domínios de <i>coping</i> e as pontuações de estresse entre as mulheres e entre os homens, com valor de p e coeficiente de correlação (r), São Paulo - 2013.....	102

LISTA DE SIGLAS

DAC	Doença Arterial Coronariana
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
MS	Ministério da Saúde
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IDPC	Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	Justificativa e apresentação do problema.....	21
1.2	Fatores de risco cardiovascular, o estresse e o gênero.....	21
1.3	Revisão da literatura: estresse, <i>coping</i> e diferenças de gênero nos diferentes enfoques do processo saúde - doença.....	27
1.3.1	Estresse, <i>coping</i> e gênero em indivíduos saudáveis.....	27
1.3.2	Estresse, <i>coping</i> e gênero em situações de adoecimento.....	29
1.3.3	Estressores e cirurgia cardíaca.....	31
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	33
3	OBJETIVOS.....	39
3.1	Objetivo geral.....	41
3.2	Objetivos específicos.....	41
4	CASUÍSTICA E MÉTODO.....	43
4.1	Tipo de estudo.....	45
4.2	Local e período de coleta de dados.....	45
4.3	Amostra.....	45
4.4	Aspectos éticos.....	47
4.5	Instrumentos de coleta de dados.....	47
4.5.1	Questionário (APÊNDICE A).....	48
4.5.2	Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus (ANEXO 1).....	50
4.5.3	Escala de Estresse Percebido (PSS-14) (ANEXO 2).....	55
4.6	Procedimento e dinâmica de coleta de dados.....	56
4.7	Análise e tratamento estatístico dos dados.....	57
5	RESULTADOS.....	61
5.1	Caracterização sociodemográfica e clínica.....	63
5.2	Análise da consistência interna das escalas utilizadas.....	73
5.2.1	Escala de Estresse Percebido (PSS-14).....	73
5.2.2	Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus.....	74
5.3	Análise descritiva das escalas utilizadas.....	74
5.3.1	Escala de Estresse Percebido (PSS-14).....	75
5.3.2	Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus.....	77
5.4	Percepção dos participantes da pesquisa no que se refere aos estressores e às preocupações no pré-operatório.....	81

5.5	Ações que ajudaram a enfrentar o pré-operatório, citadas pelos participantes da pesquisa.....	89
5.6	Relacionamento entre características sociodemográficas e clínicas com as pontuações de estresse e com as estratégias de <i>coping</i>	97
5.7	Correlação da Escala de Estresse Percebido (PSS-14) com o Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	101
6	DISCUSSÃO.....	103
6.1	Características sociodemográficas.....	105
6.2	Características clínicas.....	108
6.3	Consistência interna da Escala de Estresse Percebido (PSS-14) e do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus.....	109
6.4	Avaliação do estresse percebido (PSS-14) e sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas.....	112
6.5	Estressores ou preocupações relatados.....	113
6.6	Estratégias de <i>coping</i> (domínios) e ações relatadas para enfrentar o pré-operatório e sua relação com as características sociodemográficas e clínicas.....	119
6.7	Correlação das médias de pontuação obtidas na Escala de Estresse Percebido (PSS-14) e nos domínios do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus.....	130
6.8	Ações de enfermagem a partir da discussão realizada (reflexões).....	131
7	CONCLUSÕES.....	135
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
8.1	Reflexões a respeito do desenvolvimento do estudo: limites....	145
8.2	Reflexões a respeito da assistência ao paciente que vivencia o período pré-operatório de revascularização do miocárdio.....	146
	REFERÊNCIAS.....	149
	APÊNDICES.....	161
	Apêndice A.....	163
	Apêndice B.....	165
	ANEXOS.....	167
	Anexo 1.....	169
	Anexo 2.....	171
	Anexo 3.....	172
	Anexo 4.....	174

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA E APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Na graduação, vivenciei situações estressantes e percebi que o reconhecimento de determinadas situações, consideradas estressantes, variava de pessoa para pessoa. Naquela época, comecei a procurar entender melhor o assunto, fato que me impulsionou a participar das reuniões do grupo de pesquisa “Stress, *Coping* e Trabalho”, no qual foi possível discutir o estresse e seu impacto na saúde de profissionais de enfermagem e de pacientes.

Durante os estágios da graduação e leitura de artigos científicos a respeito do estresse na enfermagem, pude perceber que esta é uma profissão na qual os profissionais se envolvem em muitas situações ou condições consideradas estressantes. Esta realidade me impulsionou a estudar, na forma de trabalho de conclusão de curso, a relação entre o estresse de enfermeiros e as variáveis sociodemográficas.

Posteriormente, no primeiro ano do curso de especialização em Enfermagem Cardiovascular, percebi a complexidade que envolve a assistência de enfermagem ao indivíduo cardiopata. Durante as atividades práticas, ao prestar assistência integral aos pacientes cardiopatas no período perioperatório, pude perceber que homens e mulheres podem vivenciar a situação cirúrgica de maneira diferente, sendo que suas preocupações eram relacionadas, entre outros aspectos, ao trabalho, ao cuidado dos filhos e do lar.

Ainda durante o curso de especialização, vivenciei o percurso de uma familiar com valvopatia que se submeteu a um procedimento cirúrgico de troca valvar, e tive a oportunidade de observar a carga de estresse no período perioperatório de cirurgia cardíaca para pacientes e familiares.

Observação: Optou-se por utilizar, neste estudo, a palavra *coping*, entendida como enfrentamento ao estresse, na sua versão em inglês e sem aspas, por ser uma palavra adotada universalmente, e por não haver palavras similares na língua portuguesa que expressem todo seu significado e essência.

Diante da experiência pessoal, desenvolvi o Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Enfermagem Cardiovascular no qual busquei verificar a percepção de estresse, estressores e *coping* de mulheres em pré-operatório de cirurgia valvar. Os resultados desta pesquisa mostraram, como fatores de estresse, a preocupação com as repercussões do trauma anestésico-cirúrgico e com filhos e companheiros, o cuidado com o lar e a incerteza da manutenção do emprego no pós-operatório exemplificando o papel de mãe, cuidadora e trabalhadora, papéis estes que se relacionam ao “ser mulher” na sociedade, envolvendo, portanto, questões relacionadas ao gênero. Durante as discussões, nas reuniões do grupo de pesquisa a respeito do estresse de pacientes e gênero, surgiu o interesse em procurar estudos que discutissem o gênero entre pacientes coronariopatas no período pré-operatório de revascularização do miocárdio.

Em revisão da literatura, realizada nas bases de dados que foram selecionadas, não foram encontrados trabalhos que objetivassem estudar gênero, percepção de estresse e *coping* de pacientes em pré-operatório de revascularização do miocárdio. Assim, surgiu o interesse em desenvolver esta pesquisa com enfoque específico, homens e mulheres coronariopatas no período pré-operatório de revascularização do miocárdio, a fim de favorecer reflexão sobre uma assistência de enfermagem perioperatória atenta aos aspectos psicossociais.

1.2 FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR, O ESTRESSE E O GÊNERO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2008, a mortalidade por afecções cardiovasculares tenha atingido 17,3 milhões de indivíduos em todo o mundo, com destaque para ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais. Nesta perspectiva, a doença arterial coronariana foi responsável por 7,3 milhões de mortes por ataques cardíacos ⁽¹⁾. Com foco nas Américas e no Caribe, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em seu relatório de 2012 ⁽²⁾, cita a ocorrência de transição

epidemiológica nas causas de mortes. No triênio de 2007 a 2009, 76,4 % das mortes foram causadas por doenças não transmissíveis, sendo que as doenças crônicas representam a principal carga de morbimortalidade, destacando-se as cardiopatias isquêmicas, seguidas por acidentes vasculares cerebrais, neoplasias e causas externas. Neste relatório, consta que as principais causas de mortalidade entre os homens foram doenças isquêmicas cardíacas (9,0%), doenças cerebrovasculares (7,8%) e homicídios (7,4%) e entre as mulheres prevaleceu mortalidade por doenças cerebrovasculares (10,1%), doenças isquêmicas cardíacas (8,6%) e diabetes mellitus (6,3%)⁽²⁾.

A incidência de mortes por doença arterial coronariana (DAC) está em fase de declínio em muitos países desenvolvidos e em ascensão em países em desenvolvimento, devido, entre outros fatores, ao aumento da expectativa de vida, à urbanização e às mudanças no estilo de vida⁽¹⁾.

Segundo a OMS, o estresse crônico é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais⁽¹⁾. Além de sua contribuição como fator de risco para DAC, o estresse é citado como fator que, associado a outras características de personalidade, como a hostilidade, contribui para o maior comprometimento da saúde dos portadores de DAC. A hostilidade é um traço de personalidade no qual se incluem emoções (raiva), atitudes (desconfiança dos outros) e comportamentos (agressividade e ostentação), sendo citada como fator que pode comprometer a saúde dos indivíduos com DAC, os quais contribuem para a chance de desenvolver eventos cardíacos desencadeados por estresse/emoção⁽⁴⁾.

O estresse crônico, juntamente com depressão, ansiedade, personalidade competitiva e isolamento social, foram citados como fatores psicossociais que contribuem para a etiopatogenia e a expressão da DAC⁽⁵⁾.

Dois estudos^(6,7) que tratam de estresse crônico e trabalho, relacionam seus achados com a DAC. Em metanálise que verificou a associação entre estresse no trabalho, estilo de vida e doença coronariana, verificou-se que o risco de DAC foi maior entre participantes que relataram estresse no trabalho e que não tinham estilos de vida saudáveis. Nesta associação,

estresse e trabalho, verificou-se o dobro de probabilidade de ocorrência de infarto do miocárdio⁽⁶⁾.

Na perspectiva da atividade laboral e do sexo feminino, a dupla jornada de trabalho das mulheres (mãe e atividade profissional), juntamente com baixa escolaridade, baixa classe social e falta de apoio social, foram citados como fatores psicossociais que emergem como risco para desenvolvimento de doença arterial coronariana⁽⁷⁾.

Além do estresse, a OMS cita outros fatores de risco para DAC os quais são classificados como modificáveis e não modificáveis. Entre os modificáveis, inclui-se hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, tabagismo e obesidade⁽¹⁾. Estes fatores de risco são realidade na população brasileira, na qual há variação entre mulheres e homens e em algumas faixas etárias.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), através de inquérito telefônico com 45.448 entrevistas, em 2012, identificou-se que a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial entre os brasileiros alcançou 24,3%, sendo maior em mulheres (26,9%) quando comparado aos homens (21,3%). No estado de São Paulo, o percentual de mulheres hipertensas (26,6%) também se apresentou mais elevado quando comparados ao percentual de homens hipertensos (20,0%). A proporção aumenta com a idade atingindo 59,2% da população com 65 anos ou mais⁽⁸⁾.

Considerando os demais fatores de risco modificáveis para DAC, a mesma pesquisa² aponta que a frequência do diagnóstico médico de diabetes mellitus na população brasileira foi de 7,4%, sendo maior em mulheres (8,1%) quando comparadas aos homens (6,5%). No estado de São Paulo, o diabetes mellitus também acomete mais mulheres (10,6%) quando comparadas aos homens (7,7%). O diagnóstico da doença se torna mais comum com o avanço da idade e alcança mais de 22% daqueles com 65 anos ou mais⁽⁸⁾.

Com relação ao tabagismo, a frequência de fumantes foi de 12,1%, sendo maior entre os homens (15,5%) quando comparado às mulheres (9,2%), decaindo entre aqueles com idade inferior a 25 (12,7%) ou superior a 65 anos de idade (10,6%)⁽⁸⁾.

A respeito de hábitos alimentares relacionados à dislipidemia, 31,5% das pessoas declararam ter hábito de consumo de carnes com excesso de gordura. Esta condição foi quase duas vezes mais frequente em homens (42,2%) em comparação às mulheres (22,4%). No que se refere à obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), as mulheres estão em maior porcentagem (18,2%) na comparação com homens obesos (16,5%)⁽⁸⁾.

Entre os fatores de risco não modificáveis classificados pela OMS, estão idade, hereditariedade, baixa escolaridade e o gênero⁽¹⁾. De fato, na comparação entre homens e mulheres, as diferenças anatômicas e fisiológicas impactam sobremaneira na DAC. As mulheres apresentam artérias coronárias menores, o que pode favorecer a oclusão do vaso sanguíneo, mais facilmente, pela aterosclerose porém, possuem efeito protetor hormonal contra o desenvolvimento da DAC, pois o estrogênio regula a resposta à lesão vascular e tônus vasomotor, além de agir sobre o fígado, ocasionando perfis lipídicos melhorados⁽⁹⁾. A respeito desta proteção hormonal das mulheres antes da menopausa, a OMS destaca que são altas as taxas de doença coronariana entre os homens, quando comparados às mulheres em faixa etária pré-menopausa⁽³⁾. Porém, este efeito protetor hormonal cessa no período da menopausa.

Os fatores de risco modificáveis e não modificáveis citados anteriormente contribuem para o desenvolvimento de DAC devido ao acúmulo anormal de lipídeos no endotélio vascular e consequente resposta inflamatória na camada íntima das artérias⁽¹⁰⁾. A agressão ao endotélio vascular favorece o acúmulo anormal de lipoproteínas plasmáticas, enquanto a interação destas lipoproteínas com moléculas de adesão e macrófagos resulta em células espumosas (macrófagos repletos de lipídeos). Posteriormente, estas células espumosas são envolvidas por células musculares lisas, que promoverão a formação de uma capa fibrosa que, por sua vez, envolverá o núcleo lipídico, formando a placa de ateroma que obstruirá total ou parcialmente o fluxo sanguíneo através das coronárias⁽¹⁰⁾.

Quanto aos sinais e sintomas causados pela obstrução ao fluxo sanguíneo, pode haver desde a ausência de sintomas até angina incapacitante, infarto agudo do miocárdio (IAM) e morte súbita⁽¹¹⁾.

Os resultados de um estudo de revisão mostram diferenças nos sinais, nos sintomas e no prognóstico da DAC entre homens e mulheres. A presença de sinais e sintomas de isquemia miocárdica diante de angiografia normal (Síndrome X) predomina nas mulheres, enquanto a isquemia miocárdica silenciosa é prevalente no homem, caracterizada pela ausência de angina (dor no peito que se irradia para mandíbula e para membro superior esquerdo) ou equivalente anginoso (dor apenas no membro superior ou na mandíbula, presença de náusea, entre outros) diante de um episódio isquêmico. Quanto às consequências após um IAM, as diferenças de gênero também se sobressaem, pois as mulheres mesmo diante dos avanços com terapias trombolíticas, têm pior prognóstico a longo prazo após IAM, sendo que a mortalidade é duas vezes maior para as mulheres do que para os homens⁽¹²⁾.

Uma vez estabelecido o quadro de DAC, o tratamento pode ser clínico (com uso de medicamentos e mudanças de hábitos de vida), ou cirúrgico, com a revascularização miocárdica. Geralmente, os pacientes com indicação cirúrgica de revascularização miocárdica são aqueles que apresentam angina refratária a tratamento clínico ou que apresentam lesões coronarianas difusas, com acometimento de mais de um território coronariano e com envolvimento de artérias vitais, como o tronco da coronária esquerda e o ramo descendente anterior⁽¹³⁾.

Quanto ao prognóstico após uma cirurgia de revascularização do miocárdio, as mulheres novamente são incluídas em condições mais desfavoráveis que os homens. Em estudo de revisão, a taxa de mortalidade intra-hospitalar foi duas vezes mais elevada entre as mulheres, na comparação com os homens, taxa atribuída às diferenças anatômicas e clínicas: as mulheres são geralmente mais velhas, têm menor lúmen coronariano e apresentam maior incidência de fatores de risco, como diabetes mellitus e hipertensão arterial⁽²⁾.

1.3 REVISÃO DA LITERATURA: ESTRESSE, *COPING* E DIFERENÇAS DE GÊNERO NOS DIFERENTES ENFOQUES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

1.3.1 Estresse, *coping* e gênero em indivíduos saudáveis

Antes de discorrer sobre a influência do gênero na percepção do estresse e no *coping*, é importante conceituar e analisar gênero no contexto social.

O conceito de gênero surgiu a partir de estudos feministas, na década de 1980, com intuito de melhor compreender as relações estabelecidas entre mulheres e homens e refere-se ao sexo social e historicamente construído. Por sexo social entende-se a expressão que o sexo biológico (diferenças anatômicas e fisiológicas) assume nas distintas sociedades no transcorrer da história⁽¹⁴⁾. Desta forma, entende-se o gênero como uma dimensão que enfatiza traços de construção histórica, social e política⁽¹⁵⁾.

As relações existentes na sociedade, referentes ao *ser mulher* e *ser homem*, remetem aos estereótipos de gênero entendidos como um conjunto de crenças estruturadas acerca dos comportamentos e das características particulares do homem e da mulher, e podem ser divididos em dois tipos: estereótipos de traços de gênero e os estereótipos de papéis de gênero⁽¹⁴⁾.

Os estereótipos de traços de gênero remetem às características psicológicas atribuídas distintamente aos homens e às mulheres⁽¹⁴⁾ como independência, agressividade e dominância, associadas ao homem, e emoção, sensibilidade e gentileza, associadas às mulheres⁽¹⁶⁾.

Os estereótipos de papéis de gênero dizem respeito às crenças relativas às atividades adequadas aos homens e às mulheres, como trabalho remunerado e manutenção econômico-financeira da família e atividades relativas à família e ao lar (com responsabilidades de organização da vida cotidiana da família), respectivamente^(17,18).

Em estudo que analisou a diferença de gênero no estresse e no *coping*, com 2.816 pessoas, as mulheres pontuaram significativamente maior estresse crônico, e utilizaram mais *coping* focado na emoção, quando comparadas aos homens⁽¹⁸⁾.

Em revisão sistemática⁽¹⁹⁾, que investigou a relação do gênero e autorrelato de estresse, verificou-se que as mulheres citaram maior exposição às demandas relacionadas ao trabalho e ao lar como fontes de estresse, sendo que os sintomas de ansiedade, depressão e os problemas psicossomáticos também foram os mais relatados por mulheres na comparação com os homens. Os autores discutem que a explicação para tais achados se deve às normas sociais que promovem a associação da mulher à expressividade emocional e do homem à razão, fazendo com que os homens relatem menos suas experiências estressantes. Os mesmos autores discutem ainda que a intensidade do autorrelato do estresse parece ser altamente dependente das expectativas relacionadas ao desempenho dos diferentes papéis entre homens e mulheres.

Outro estudo que investigou os papéis de gênero e afetividade negativa (tendência a experimentar sensações negativas) não encontrou associação entre as duas variáveis; no entanto, foi encontrado que as mulheres reportam cenários (hipotéticos e controlados), como mais estressantes que os homens⁽²⁰⁾.

Ainda com relação aos papéis de gênero, em estudo⁽²¹⁾ que tratou de responsividade ao estresse e socialização dos papéis de gênero, os autores relatam que a aprendizagem social e socialização do gênero é fator essencial na determinação das diferenças de responsividade ao estresse entre homens e mulheres na adolescência. O referido estudo discorre que as mulheres são mais propensas a se preocuparem com os outros e a buscarem proximidade e demonstração de carinho, ao passo que os homens, no mesmo período do ciclo de vida, são mais propensos a adotar objetivos que promovam autointeresse e autonomia, mantendo a privacidade e o controle social.

Em estudo de revisão sobre diferenças de gênero na expressão de medo e ansiedade, os autores discorrem que as mulheres, quando comparadas aos homens, são mais propensas a superestimarem a probabilidade de perigo e que, diante de situações ambíguas, elas julgam tais situações como ameaçadoras, a fim de preservar a segurança de si e de sua prole⁽²²⁾.

Em estudo⁽²³⁾ que analisou ansiedade e eventos estressores, foi verificado que a ansiedade das mulheres casadas se dava em função da exposição a eventos que acontecem com familiares ou com pessoas próximas, como morte de familiares, desemprego e doença de entes queridos (eventos incontroláveis). Neste mesmo estudo, os homens casados se sentiram mais vulneráveis a experiências negativas classificadas como controláveis, como o divórcio.

1.3.2 Estresse, *coping* e gênero em situações de adoecimento

Com relação ao estresse de indivíduos em situação de adoecimento, estudo, que abordou o ajustamento psicossocial de homens e mulheres em tratamento dialítico, identificou que pacientes do sexo feminino e seus maridos tiveram escores de estresse e problemas com ajustamento psicossocial mais elevados do que pacientes do sexo masculino e suas esposas. Os autores discutem que tal achado pode ser o reflexo do papel de mãe/cuidadora do lar prejudicado pela situação de adoecimento⁽²⁴⁾.

Outro estudo, que objetivou verificar a diferença de gênero diante da infertilidade, identificou que as mulheres utilizaram mais *coping* focado na busca por Suporte social, Fuga e esquiva e Reavaliação positiva quando comparadas com seus maridos. Os autores relatam que as mulheres são socializadas para serem mais sensíveis emocionalmente e que, em momentos de estresse, elas são mais susceptíveis a mobilizar fontes de apoio para o suporte emocional⁽²⁵⁾.

Em estudo que investigou depressão e adolescência, foi observado que o sexo feminino apresentou associação entre enfrentamento de esquiva e estresse com sintomas depressivos⁽²⁶⁾. Já na fase adulta, outro estudo aponta que mulheres apresentam maior pontuação média para sintomas depressivos e menor pontuação para capacidade de enfrentamento a situações estressantes, quando comparadas aos homens⁽²⁷⁾.

A depressão e o gênero também foram discutidos em estudo que discorre sobre ruminação (pensamentos obsessivos de ideias fixas, excluindo outros tipos de atividades mentais). Foi observado que as

adolescentes apresentam ruminação e sintomas depressivos em maior intensidade, assim como usam predominantemente o enfrentamento focado na emoção, quando comparadas aos adolescentes⁽²⁸⁾.

Diante da necessidade de realização de avaliações diagnósticas e acometimentos cardíacos, observam-se diferenças nas reações de homens e mulheres. Em estudo, que objetivou investigar e comparar a percepção de medo entre homens e mulheres submetidos à cateterismo de artérias coronárias, foi identificado que as mulheres referem medo de maneira mais intensa quando comparadas aos homens. Diante de internação hospitalar, o medo de homens e mulheres esteve relacionado à necessidade de procedimento cirúrgico de revascularização do miocárdio. Já no domicílio, o medo de ambos está relacionado ao acontecimento de um infarto agudo do miocárdio, sendo que o medo de ter problemas na vida sexual foi referido de forma mais acentuada pelos homens, quando comparados às mulheres⁽²⁹⁾.

Há diferenças de gênero no relato do apoio social em pacientes submetidos à intervenção terapêutica percutânea de artérias coronárias. Em pacientes submetidos à angioplastia de artérias coronárias, observou-se que as mulheres relataram maior número de eventos pessoais estressantes e, em menor número, referiram contar com ajuda de outras pessoas para o desenvolvimento de tarefas diárias, quando comparadas aos homens⁽³⁰⁾.

Há diferenças também nas reações após eventos cardíacos, como o infarto agudo do miocárdio (IAM). O ajustamento psicossocial após IAM parece ser pior nas mulheres, quando comparadas aos homens, pois a taxa de retorno ao trabalho, após IAM ou cirurgia de revascularização do miocárdio, é menor entre as mulheres quando comparadas aos homens⁽⁷⁾.

No que se refere à cirurgia de revascularização do miocárdio, observa-se que os estressores e as estratégias de *coping* entre homens e mulheres apresentam diferenças. Estudo, com pacientes em retorno ambulatorial após revascularização cirúrgica do miocárdio, identificou que as mulheres utilizam mais estratégias de autculpa (focadas na emoção) e demonstram níveis ligeiramente mais altos de ansiedade do que os homens⁽³¹⁾. Similarmente, outro estudo relata que, embora homens e mulheres usem mais estratégias focadas no problema, as mulheres tendem a

utilizar estratégias de enfrentamento de autculpa e apresentam ligeiramente maior nível de ansiedade no pós-operatório de revascularização miocárdica⁽³²⁾.

Em outro estudo, que avaliou os sintomas percebidos no período de recuperação pós-operatória de cirurgia de revascularização do miocárdio, foi identificado que as emoções ou as preocupações das mulheres estavam relacionadas com a necessidade de um cuidador em suas casas diante de sua recuperação, ao passo que a preocupação dos homens era centrada na recuperação física e no retorno ao trabalho⁽³³⁾.

Em estudo com cuidadores e pacientes entrevistados no pré e no pós-operatório de revascularização do miocárdio, foi encontrado que pacientes mulheres tinham menor apoio de seus maridos, ao passo que os homens apresentam maior apoio social⁽³⁴⁾.

1.3.3 Estressores e cirurgia cardíaca

Uma situação potencialmente estressante para portadores de DAC é a expectativa cirúrgica. Inúmeras situações potencialmente ameaçadoras ocorrem, a começar pelos exames diagnósticos, em função dos quais será definido a conduta terapêutica na fase pré-operatória e, a seguir, a expectativa de realização da cirurgia gerando sentimentos e medos, como medo da morte, violação corporal e cicatrizes futuras ou sensação de desafio e expectativa de uma vida melhor⁽³⁵⁾.

Em se tratando de cirurgia de revascularização do miocárdio, o procedimento cirúrgico é uma condição intensa e ameaçadora, vivenciada por pessoas fragilizadas física e emocionalmente em função da própria doença isquêmica⁽³⁶⁾. Estes dados corroboram os resultados de outro estudo, com pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca, o qual relata 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 e da má qualidade do atendimento hospitalar⁽³⁷⁾.

Em estudo sobre estresse e cirurgia de grande porte, foi observado que o ato cirúrgico é um evento paradoxal para o paciente, pois, ao mesmo tempo em que lhe alivia dores e é eficaz no tratamento da doença, tem significado de um ato de agressão ao próprio organismo⁽³⁸⁾.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Mesmo antes do desenvolvimento da escrita, quando o ser humano adotava um estilo de vida nômade, o estresse estava presente. A busca pela sobrevivência obrigava o ser humano a se deparar com feras pré-históricas diante da procura por alimentos ou abrigo.

O termo estresse tornou-se mais conhecido no meio social a partir do final da década de 1970 e início da década de 1980⁽³⁹⁾, porém, mesmo antes deste período, estudos já haviam sido realizados.

Em 1956⁽³⁹⁾, Hans Selye (endocrinologista) publicou o livro “*The Stress of Life*”, e definiu o estresse como uma resposta inespecífica do corpo a estímulos nocivos descrevendo a Síndrome da Adaptação Geral (SAG) como constituída por três fases. A primeira delas é a fase de alarme, desencadeada pelo confronto com o estressor, quando ocorre mobilização química para atender às exigências eminentes. Em seguida, ocorre a fase de resistência, na qual o organismo procura se adaptar e encontrar o equilíbrio orgânico. Caso não se encontre este equilíbrio e a fonte estressora persista, ocorrerá a fase de exaustão, na qual há o aparecimento de sinais e sintomas de doenças⁽³⁹⁾.

A base teórica de Selye tem como premissa o estresse como um fenômeno limitado aos aspectos fisiológicos, não considerando que variáveis cognitivas, como a “percepção”, não desempenham papel no início ou desenvolvimento das fases da SAG. Em 1967, Richard Lazarus e Susan Folkman abordaram a relação dos fatores psicológicos e individuais com o estresse em seu Modelo Transacional (ou Interacionista)⁽³⁹⁾. Este modelo foi o adotado nesta pesquisa para compreender as diferenças de gênero na percepção de estresse e nas estratégias de *coping*.

O Modelo Interacionista de Folkman e Lazarus veio acrescentar aspectos psicológicos aos estudos de Selye e à Síndrome da Adaptação Geral, ao enfatizar a avaliação que o indivíduo faz dos eventos através dos processos cognitivos⁽³⁹⁾.

O Modelo Interacionista conceitua o estresse como “*uma série de fenômenos subjetivos que se manifesta quando um evento taxa ou excede os*

recursos de adaptação da pessoa”⁽³⁹⁾. Destaca, ainda, que o evento poderá ser avaliado em diferentes etapas.

A avaliação primária é caracterizada pela análise dos possíveis efeitos da demanda (evento) e dos recursos que o indivíduo possui para enfrentá-la. Se o indivíduo perceber que dispõe de recursos para satisfazer a demanda, não ocorrerá estresse. Entretanto, se perceber que a demanda excede seus recursos de enfrentamento, o estresse se estabelece. Uma vez estabelecido o estresse, o indivíduo pode avaliar a situação como uma ameaça (potencial para dano ou perda) ou como um desafio (potencial para ganho ou benefício)⁽³⁹⁾.

Diante da percepção de ameaça ou desafio, dispara-se a segunda avaliação, que consiste no processo de determinação das estratégias de *coping*, na tentativa de restabelecer o equilíbrio orgânico. Segundo o Modelo Interacionista, o *coping* é definido 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*”⁽³⁹⁾, sendo entendido como um mediador das emoções geradas no processo de avaliação das situações⁽⁴⁰⁾ e pode ocorrer focado no problema ou na emoção.

O *coping* focado no problema busca a resolutividade do problema, quando se evidencia a mobilização de ações para mudar aspectos variáveis do ambiente, ao definir o problema e buscar soluções ou ações para mudar algum aspecto do “*self*”, como o significado de uma situação⁽³⁹⁾.

O *Coping* focado na emoção é direcionado para diminuir os aspectos negativos do estresse e inclui esforços como distanciamento, recusa, atenção selecionada, pensamento em desejos, procura de suporte social, exercícios e meditação, que podem ajudar na reavaliação do significado da situação, porém, não mudam diretamente o significado da situação. Este tipo de enfrentamento é a forma mais comum de *coping* utilizado quando as situações não são modificáveis⁽³⁹⁾. Ambas as formas de *coping*, direcionadas à regulação da emoção ou ao problema, concorrem na tentativa do retorno do equilíbrio orgânico para atender as demandas externas e internas.

O Modelo Interacionista ressalta ainda que pode haver um terceiro tipo de avaliação, o processo de reavaliação dos eventos, no qual o que anteriormente foi percebido como uma ameaça pode passar a ser avaliado como um desafio ou até como algo irrelevante⁽³⁹⁾, alterando a relação entre o indivíduo e o ambiente ao conduzir uma mudança na qualidade e na intensidade das emoções geradas durante o processo de avaliação do evento⁽⁴⁰⁾. A respeito da reavaliação dos eventos e alteração de emoções, o gênero é citado por Folkman e Lazarus como uma das variáveis moderadoras deste processo^(40,41).

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

Com relação ao gênero, ao estresse, ao *coping* e ao período pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio, não foram encontrados estudos, na revisão conduzida nas bases de dados Web of Science, Scopus, PsycINFO e nos portais Pubmed e Biblioteca Virtual em Saúde, que apresentassem enfoque nas diferenças de gênero.

Diante disto, espera-se identificar as diferenças de gênero na percepção do estresse e nas estratégias de *coping* de pacientes que vivem o período pré-operatório de revascularização do miocárdio. Para tanto, tem-se os seguintes objetivos:

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as diferenças do gênero na percepção do estresse e nas estratégias de *coping* de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conhecer o perfil sociodemográfico e clínico de homens e mulheres em pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio.
- b) Identificar a diferença na percepção de estresse entre homens e mulheres em pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio.
- c) Identificar a diferença nas estratégias de *coping* entre homens e mulheres em pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio.
- d) Identificar os estressores/as preocupações e as ações que ajudaram a enfrentar o pré-operatório relatadas por homens e mulheres.

- e) Verificar a relação existente entre as características sociodemográficas e clínicas com a percepção de estresse e com as estratégias de *coping* da amostra de pesquisa.
- f) Verificar a correlação existente entre a percepção do estresse e as estratégias de *coping* em homens e em mulheres participantes da pesquisa.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo com abordagem quantitativa, observacional, exploratório e descritivo, transversal e prospectivo⁽⁴²⁾.

4.2 LOCAL E PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Este estudo foi realizado no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), moderno hospital-escola, especializado em cardiologia, público, de alta complexidade e vinculado à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

O IDPC possui, atualmente, 373 leitos hospitalares e realiza atendimento a pacientes em regime ambulatorial, de emergência e de internação, buscando, como missão, “*prestar com excelência assistência humanizada em saúde aos portadores de doenças cardiovasculares, promovendo o ensino e a pesquisa*”⁽⁴³⁾.

Os setores para aplicabilidade desse estudo foram as unidades de internação dos 4º e 5º andares da unidade hospitalar III, local frequente de internação dos pacientes em período pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. O período de coleta de dados foi entre os meses de dezembro de 2012 e julho de 2013.

4.3 AMOSTRA

O estudo foi realizado com pacientes em período pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio.

Para a definição do cálculo amostral, foram utilizadas as estimativas de Antonietti⁽⁴⁴⁾, as quais mostraram os resultados sobre o estresse e as estratégias de *coping* em uma amostra de pacientes em período pré-procedimento colonoscópico com utilização da Escala de Estresse Percebido (PSS-10) e do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus.

O Quadro 1 mostra os resultados obtidos por Antonietti⁽⁴⁴⁾, que apresentaram diferenças significativas entre os gêneros e também as estimativas calculadas para o tamanho da amostra (n), segundo cada variável.

Quadro1. Estimativas calculadas para o tamanho de amostra (n), a partir dos resultados de Antonietti, São Paulo - 2013

Resultados de Antonietti⁽⁴⁴⁾	Feminino		Masculino		Cálculo de n		
Escala PSS-10 e domínios do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> que apresentaram significância estatística com variável sexo	Média	DP	Média	DP	Dif	DPmax	n mínimo
PSS-10	24,77	2,92	15,44	3,96	9,33	3,96	2
Confronto	3,33	1,29	2,38	1,24	0,95	1,29	23
Afastamento	5,12	1,45	4,21	0,25	0,91	1,45	31
Aceitação da Responsabilidade	6,59	2,16	3,26	0,82	3,33	2,16	5
Reavaliação Positiva	6,14	1,31	4,27	0,4	1,87	1,31	6

Legenda: DP: desvio padrão, Dif: diferença entre as médias, n: tamanho da amostra

Os cálculos foram feitos utilizando a estatística de teste t (distribuição t de Student) para comparação de duas médias⁽⁴⁵⁾, de um teste monocaudal com nível de significância de 5% e poder de 80%. As estimativas de Antonietti⁽⁴⁴⁾ utilizadas para o cálculo foram a diferença entre as médias e a maior variabilidade (desvio padrão máximo) dos gêneros. Portanto, a amostra mínima a ser considerada para este estudo, de acordo com os cálculos anteriormente descritos, foi de 31 pacientes em cada gênero.

Ao considerar esta amostra mínima e para atender aos critérios de inclusão e exclusão (descritos a seguir), a amostra do estudo foi constituída de 74 homens e 31 mulheres.

Os critérios de exclusão dos pacientes na amostra foram: mulheres e homens com doenças psiquiátricas diagnosticadas e registradas em prontuário; mulheres e homens internados para realização de revascularização do miocárdio, caracterizada em regime de cirurgia de urgência ou emergência.

Nos critérios de inclusão, consideraram-se: mulheres e homens com idade igual ou superior a 18 anos; internados para cirurgia de revascularização do miocárdio em regime eletivo; mulheres e homens com tempo de internação hospitalar igual ou inferior a 48 horas; mulheres e homens em período pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio que não tenham experienciado o mesmo tratamento cirúrgico anterior.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender a resolução nº 466/12, que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, parecer nº 170.511, e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (instituição coparticipante), parecer nº 122.677. A cópia dos documentos de aprovação das instituições consta no ANEXO 3 e 4.

Em observância à mesma resolução, foi elaborado um Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), pelo qual a população da pesquisa foi informada dos objetivos do estudo, bem como lhe foram garantidos o anonimato, o desejo de participação, ou não, e os benefícios do estudo. Este termo foi entregue para os pacientes, a fim de obter sua liberação para integrar a amostra do estudo.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: um questionário, a Escala de Estresse Percebido (PSS-14) e o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus

4.5.1 Questionário (APÊNDICE A)

O questionário foi dividido em três partes: A - caracterização sociodemográfica; B - caracterização clínica; C - levantamento de estressores/preocupações e ações que ajudaram a enfrentar o pré-operatório.

Para a caracterização sociodemográfica (Parte A), o questionário foi composto dos seguintes itens: iniciais do nome, idade, sexo, escolaridade, situação civil, paternidade/maternidade, idade dos filhos, pessoas com quem o paciente reside, ocupação atual ou afastamento da atividade de trabalho, renda familiar, responsável pela manutenção econômica da família, dependentes da renda familiar e classe econômica, religião e prática religiosa, cidade onde reside.

Para a verificação da classe econômica, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP)⁽⁴⁶⁾, que estima o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas, permitindo uma classificação não social, mas econômica. Tal classificação é feita a partir da pontuação gerada por meio das respostas aos itens do critério, que corresponde à renda média bruta familiar, conforme Quadro 2.

Quadro 2. Distribuição das classes econômicas, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil, São Paulo – 2013

Classe econômica	Cortes de pontuação	Renda média bruta familiar por mês (R\$)
A	35 ou maior	9263,00
B1	29-34	5241,00
B2	23-28	2654,00
C1	18-22	1654,00
C2	14-17	1147,00
D e E	0-13	776,00

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil - 2012

Para a caracterização clínica (Parte B), foram incluídos os seguintes itens: unidade de internação, internação via Sistema Único de Saúde ou via

Saúde Suplementar, cirurgia de revascularização do miocárdio isolada (somente revascularização do miocárdio) ou conjugada (revascularização do miocárdio juntamente com cirurgia valvar ou com correção de cardiopatia congênita), resultados do cateterismo (coronárias afetadas), números de dias de internação para cirurgia de RM, tempo de diagnóstico médico, tempo de indicação da cirurgia de RM, história familiar de eventos cardíacos (IAM, angioplastia ou RM), presença de fatores de risco cardiovasculares, presença de acompanhante na internação, presença de dor ou desconforto respiratório durante a internação e história anterior de cirurgia não cardíaca.

As respostas referentes à experiência cirúrgica anterior foram organizadas de acordo com os sistemas orgânicos alvo da intervenção cirúrgica. Assim sendo, no sistema cardiovascular foram incluídas cirurgias para tratamento de varizes e implante de marca-passo definitivo; no sistema reprodutor foram incluídas cirurgias de cesariana, laqueadura, retirada de cisto de ovário, histerectomia, ooforectomia, ressecção de mama, perineoplastia, retirada de tumor de próstata, fimose e vasectomia; no sistema gastrointestinal foram incluídas cirurgias prévias de herniorrafia inguinal ou umbilical, apendicectomia, colecistectomia, cirurgia por ferimento de arma de fogo em abdômen, hemorroidectomia, cirurgia para úlcera e de correção de hérnia de hiato; no sistema osteomuscular foram incluídas cirurgias ortopédicas, incluindo as amputações (membro inferior e hálux), cirurgia para correção de menisco, cirurgia para correção de fratura de coluna, implante de próteses (quadril, ombro), cirurgia de tendão, síntese de joelho; no sistema renal foram incluídas cirurgias de retirada de cisto renal e retirada de cálculo renal; no sistema linfático foram incluídas cirurgias de amigdalectomia e adenoidectomia; no sistema nervoso foram incluídas cirurgias de correção de aneurisma cerebral e de hérnia de disco; no sistema tegumentar foram incluídas cirurgias de plastia de abdômen, cisto pilonidal, cisto em pé, retirada de calo no pé e enxerto de membro inferior esquerdo; no sistema sensorial foram incluídas cirurgias de correção de deslocamento de retina, catarata, correção de estrabismo e ceratoplastia.

Para o levantamento de estressores/preocupações e das ações que ajudaram a enfrentar o pré-operatório (Parte C), foi realizada entrevista, com

abordagem de dois tópicos em forma de perguntas, nos quais o paciente deveria relatar as preocupações ou as situações estressantes vivenciadas no período pré-operatório e as ações que ajudaram a enfrentar esta mesma situação.

As perguntas realizadas foram: “O que mais estressou ou preocupou o Sr (a) desde que a cirurgia foi marcada até o dia de hoje?” e “O que ajudou o Sr (a) a enfrentar a situação desde quando soube que precisava fazer a cirurgia até hoje?”.

4.5.2 Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (ANEXO 1)

Esta escala foi construída em 1985, por Folkman e Lazarus, derivada de dois estudos, um com amostra de indivíduos de meia-idade⁽⁴⁷⁾ e outro com amostra de estudantes frente a uma situação de exame acadêmico⁽⁴⁸⁾. A escala inicial foi composta de 66 itens e abrange ações e pensamentos utilizados pelos indivíduos para lidar com demandas internas ou externas frente a uma situação específica de estresse. O instrumento foi construído e validado, seguindo os critérios metodológicos e técnicos de boa confiabilidade e aceitabilidade, e a quantificação da carga fatorial, presente em cada item, foi realizada pelo método de análise fatorial com rotação oblíqua. Este método permite fazer o agrupamento dos itens que se relacionam entre si^(47,48).

Seguindo a recomendação dos autores, Savóia, Santana e Mejias⁽⁴⁹⁾ fizeram a adaptação do inventário para a língua portuguesa com universitários, conforme as recomendações e critérios técnicos aceitos para este fim. O inventário, em sua fase final foi composto de 46 estratégias de *coping*, agrupados em 8 diferentes domínios. Os autores concluíram que o instrumento apresenta boa consistência interna (método das metades), cujos valores variaram de 0,440 a 0,797 entre os domínios⁽⁴⁹⁾.

Para o preenchimento do inventário, deve-se relatar uma situação específica passada e não muito distante, que tenha sido relevante para o indivíduo e motivo de preocupação e estresse. Para cada estratégia

apresentada, o indivíduo deverá escolher a pontuação mais apropriada, que varia numa escala tipo *likert*, na qual indica-se a frequência de utilização, cujas respostas variam numa pontuação de 0 a 3, onde: 0 = *não usei* ; 1 = *usei de alguma forma*; 2 = *usei algumas vezes*; 3 = *usei muitas vezes*. A pontuação de cada domínio é obtida pela soma dos itens, conforme Quadro 3.

Quadro 3. Descrição dos itens que compõem os domínios do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus, com pontuações de frequências de utilização, São Paulo - 2013

Domínio	Itens	Descrição dos itens ⁽⁵⁰⁾	Frequência de utilização de acordo com pontuação mínima e máxima			
			Nunca usei	Usei de alguma forma	Usei algumas vezes	Usei muitas vezes
Confronto	3,11,19,23,28,35	Descrevem esforços agressivos, como a raiva, diante da situação	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 18
Afastamento	2,6,7,10,14,29,32	Destacam os esforços de minimização e distanciamento da situação.	0 a 5	5 a 10	11 a 16	17 a 21
Autocontrole	8,9,24,31,40	Descrevem a tentativa de controle dos próprios sentimentos e ações.	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15
Suporte social	4,12,15,22,30,33	Descrevem a procura por suporte emocional de pessoas como os familiares e os amigos ou suporte informativo.	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 18
Aceitação da responsabilidade	5,17,20,36,38,39,45	Descrevem a percepção do próprio envolvimento com a situação e busca de ações para enfrentar a situação.	0 a 5	5 a 10	11 a 16	17 a 21
Fuga-esquiva	42,43	Descrevem esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema.	0 a 1	2 a 3	4 a 5	6
Resolução de problemas	1,37,18,34	Destacam os esforços focados no problema para resolução do mesmo.	0 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12
Reavaliação positiva	13,16,21,25,26,27,41,44,46	Destacam esforços voltados para a reflexão acerca dos aspectos positivos da situação envolvendo crescimento pessoal. Também possui uma dimensão religiosa.	0 a 6	7 a 13	14 a 20	21 a 27

A seguir, a distribuição dos itens do Inventário de Estratégias de *Coping* em seus respectivos domínios.

- **Resolução de problemas**

1. Concentrei-me apenas na situação e no que deveria ser feito, para, em seguida, pensar no próximo passo para resolver o problema.
37. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto, dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.
18. Fiz um plano de ação para resolver o problema e consegui.
34. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.

- **Afastamento**

2. Fiz alguma coisa em que eu acreditava, mesmo que não pudesse dar resultados, mas ao menos eu estava tentando fazer alguma coisa.
6. Tentei não fazer nada que fosse definitivo para resolver o problema, e procurei mais informações sobre ele.
7. Agi como se nada tivesse acontecido.
10. Dormi mais do que o normal.
14. Procurei esquecer a situação desagradável que estava acontecendo
29. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre a situação.
32. Minimizei a situação, me recusando a preocupar-me seriamente com ela.

- **Confronto**

3. Tentei encontrar a pessoa responsável pelo problema para mudar a sua opinião.
11. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.
19. De alguma forma, extravasei meus sentimentos.
23. Enfrentei o problema como um grande desafio e fiz algo muito arriscado
28. Procurei fugir das pessoas em geral.
35. Descontei minha raiva em outra pessoa.

- **Suporte social**

4. Conversei com outras pessoas sobre o problema, procurando mais esclarecimentos sobre a situação.
12. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.

15. Procurei ajuda profissional.

22. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.

30. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos.

33. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.

• **Aceitação da responsabilidade**

5. Me critiquei e me repreendi.

17. Desculpei ou fiz alguma coisa para compensar os danos.

20. Compreendi que o problema foi provocado por mim.

36. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.

38. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes na próxima vez.

39. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.

45. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.

• **Autocontrole**

8. Procurei guardar para mim mesmo os meus sentimentos.

9. Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema.

24. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.

31. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.

40. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.

• **Reavaliação positiva**

13. A situação levou-me a fazer algo positivo.

16. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.

21. Saí da experiência melhor do que eu esperava.

25. Encontrei novas crenças.

26. Redescobri o que é importante na vida.

27. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.

41. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.

44. Rezei.

46. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.

- **Fuga e esquivas**

42. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.

43. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.

4.5.3 Escala de Estresse Percebido (PSS-14) (ANEXO 2)

A Escala de Estresse Percebido (PSS) é uma escala de mensuração de estresse cujos itens buscam medir as situações estressantes percebidas pelos sujeitos. Trata de questões referentes a pensamentos e sentimentos experienciados no último mês, tendo como referência a data de seu preenchimento⁽⁵¹⁾.

Inicialmente desenvolvida por Cohen, Kamark e Mermelstein⁽⁵¹⁾, em 1983, nos Estados Unidos, a partir de amostras compostas por estudantes universitários e indivíduos que faziam parte da comunidade envolvidos em programa de cessação de tabagismo, apresentou alfa de Cronbach variando de 0,84 a 0,86. Esta escala foi traduzida e validada no Brasil⁽⁵²⁾ e em outros países, como Japão⁽⁵³⁾, Malásia⁽⁵⁴⁾, Grécia⁽⁵⁵⁾ e China⁽⁵⁶⁾.

No Brasil, a escala foi traduzida e validada em 2007, em uma amostra de idosos. A versão para 14 itens apresentou consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,82 e, para 10 itens, 0,83⁽⁵²⁾. As características psicométricas de ambas, PSS-14 e PSS-10, preenchem os critérios de consistência interna e validade de construto, além de apresentarem resultados semelhantes à versão original da escala e validações posteriores em diversas culturas⁽⁵²⁾. A escala pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, pois não contém questões específicas do contexto.

Neste estudo, foi utilizada a PSS-14, cujos itens possuem respostas tipo *likert*, com variação de 0 = *nunca*, 1 = *quase nunca*, 2 = *às vezes*, 3 = *quase sempre* e 4 = *sempre*.

As questões 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13 têm sua pontuação invertida antes de serem somadas, da seguinte maneira: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0. As demais

questões devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56⁽⁵¹⁾.

4.6 PROCEDIMENTO E DINÂMICA DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação dos comitês de ética em pesquisa deu-se início à coleta de dados. Diariamente, a pesquisadora consultava o mapa cirúrgico com agendamento das cirurgias para o dia subsequente, a fim de identificar os pacientes internados para cirurgia de RM. Uma vez que a identificação do paciente constava no mapa cirúrgico, o paciente já havia sido informado pela equipe médica da unidade de internação que sua cirurgia seria realizada efetivamente no dia útil que sucede a entrega do aviso cirúrgico. Neste momento, o preparo pré-operatório já havia sido prescrito na unidade de internação.

Em seguida, diante das informações contidas no prontuário, era verificado o atendimento dos critérios de inclusão/exclusão para a composição da amostra. A seguir, o paciente era convidado a participar do estudo e, para aqueles dispostos a participar da pesquisa, eram informados os objetivos e a finalidade da pesquisa, assim como procedia-se à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Uma vez dada a anuência em participação na pesquisa e a assinatura do TCLE em duas vias (uma para pesquisadora e outra para o participante) iniciava-se a coleta de dados, para qual foi estimado o tempo máximo de 40 minutos, com o cuidado necessário para não interferir na dinâmica de prestação de assistência na unidade de internação.

Para garantir a igualdade da coleta de dados, todos os itens contidos nos instrumentos PSS-14 e Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus foram lidos pela pesquisadora com cuidado para que o paciente compreendesse cada item antes da emissão da resposta.

Uma vez que a Escala de Estresse Percebido foi aplicada em forma de entrevista, conforme orienta as autoras da tradução e validação desta escala para o português⁽⁴⁹⁾, a frase inicial “Neste último mês, com que frequência ...” foi dita antes de iniciar cada item da escala, para que o

participante refletisse sempre em relação às experiências tidas no último mês que antecedeu à entrevista. As possibilidades de resposta *likert* (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre) foram repetidas no final de cada pergunta. Da mesma forma, procedeu-se com o Inventário de Estratégias de *Coping*, reforçando-se, no início da aplicação, que o paciente deveria responder às perguntas refletindo sobre sua vivência desde o dia em que soube da necessidade da cirurgia até o dia da aplicação do inventário.

No que se refere aos instrumentos, a sequência de coleta de dados foi:

1. Preenchimento do Inventário de Estratégias de *Coping*
2. Preenchimento da Escala de Estresse Percebido (PSS-14)
3. Gravação das respostas às perguntas abertas
4. Preenchimento dos dados sociodemográficos e clínicos

4.7 ANÁLISE E TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados coletados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel 2007 e o tratamento estatístico foi viabilizado com a utilização do *Software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.

Para a verificação da consistência interna da PSS-14 e do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach, que analisa o grau de relacionamento entre seus itens e a variabilidade das respostas⁽⁴²⁾. Quanto menor a variabilidade que um mesmo item produz numa amostra de sujeitos, menor será o erro por ele provocado⁽⁵⁷⁾.

Na literatura, consta que não há limite inferior para valores de alfa de Cronbach e que quanto mais próximo de 1, maior a consistência interna da escala analisada⁽⁵⁷⁾. Alguns autores adotam, como satisfatório, valores acima de 0,70^(55,58). Um autor considerou o valor acima de 0,60 como bom índice de consistência interna⁽⁵⁹⁾.

As medidas quantitativas de escores de estresse e *coping* foram obtidas na amostra de 105 indivíduos, cujas pontuações de estresse e dos domínios de *coping* foram resumidas por estatísticas sumárias de média, mediana (Med), desvio padrão (DP) e valores mínimo (Min) e máximo (Max).

As variáveis sociodemográficas e clínicas quantitativas foram descritas por estatísticas sumárias e as qualitativas foram descritas por frequências absoluta (n) e relativa (%). A normalidade dos dados foi verificada através do teste de Kolmogorov- Smirnov.

A associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas qualitativas e sexo foi avaliada por teste Qui-quadrado de Pearson⁽⁶⁰⁾ ou exato de Fisher ⁽⁴⁵⁾. Quando os resultados apresentaram significância estatística e as variáveis tiveram mais que duas categorias de resposta, foi utilizado o resíduo padronizado (RP), para identificar as categorias que estão contribuindo para a associação entre as duas variáveis. Neste caso, resíduos padronizados, com valores maiores que 1,96 ou menores que -1,96, podem mostrar pontos de corte para um nível de significância de excesso ou falta de ocorrências, respectivamente⁽⁶¹⁾.

A associação entre as variáveis sociodemográficas quantitativas e sexo foi avaliada por teste de Mann-Whitney⁽⁶²⁾.

Para verificar a relação entre as pontuações de estresse e os domínios de *coping* com as variáveis sociodemográficas e clínicas qualitativas foram utilizados os testes de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis.

Para verificar a relação entre as pontuações de estresse e domínios de *coping* com variáveis quantitativas (demográficas e clínicas) foi utilizado o método de correlação de Spearman⁽⁶²⁾. Considerou-se, para o coeficiente de correlação (r), a interpretação dos valores: menor que 0,3 indica correlação fraca entre as medidas; maior de 0,3, porém, menor do que 0,7, correlação moderada; maior do que 0,7, forte correlação; e maior do que 0,9, correlação muito forte.

O nível de significância dos testes foi de 5%, ou seja, diferenças significativas foram consideradas quando o nível descritivo do teste (valor de p) foi menor do que 0,05. Vale verificar os casos em que o valor de p foi

maior que 0,05, mas menor ou igual a 0,10. Nestes casos as evidências de diferenças existem, porém são mais fracas.

As respostas obtidas com as perguntas abertas foram gravadas e transcritas. Para a análise das respostas, foi utilizada a análise de conteúdo, segundo Bardin, por abordagem quantitativa, que funda-se na *frequência* de aparição de determinados elementos da mensagem através do processo de categorização⁽⁶³⁾.

A categorização consiste em uma classificação de elementos de uma mensagem por diferenciação, seguido 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.

Segundo o autor, a análise de conteúdo acontece em três fases: Pré-análise, fase de organização e operacionalização; Exploração do material, fase na qual ocorre a codificação do material, a fim de transformar os dados brutos em unidades de registro (categorias) para descrição exata das características pertinentes ao conteúdo; Tratamento e interpretação dos resultados, fase na qual ocorre a submissão dos dados às operações estatísticas.

Desta forma, de acordo com estas três fases, as respostas desta pesquisa provenientes das duas perguntas foram gravadas, transcritas e categorizadas. As categorias foram quantificadas em frequências absolutas e relativas e submetidas posteriormente a tratamento estatístico, por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, para avaliar as diferenças de gênero.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em etapas, de acordo com a seguinte sequência:

- Caracterização socio-demográfica e clínica
- Análise da consistência interna das escalas utilizados
- Análise descritivas das escalas utilizadas
- Percepção dos participantes da pesquisa no que se refere aos estressores e às preocupações no pré-operatório
- Ações que ajudaram a enfrentar o pré-operatório, citadas pelos participantes da pesquisa
- Relacionamento entre características sociodemográficas e clínicas da amostra com a percepção do estresse e com os domínios de *coping*
- Correlação da Escala de Estresse Percebido (PSS-14) com o Inventário de Estratégias de *Coping*

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

A amostra desta pesquisa foi composta por 105 participantes, sendo 31 mulheres e 74 homens.

As características sociodemográficas estão descritas nas tabelas 1, 2 e 3.

De acordo com a tabela 1, a média de idade das mulheres foi de 61,9 anos e a dos homens foi de 59,3 anos. A menor idade foi verificada entre as mulheres, 33 anos, e a maior foi de 80 anos, para ambos sexos. Verifica-se que, na comparação da idade, não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros.

Tabela 1. Distribuição dos 105 pacientes, segundo a idade (anos) e a comparação de gênero, São Paulo - 2013

Variável	Gênero	N	Média (DP)	Min-Máx	1º quartil	Mediana	3º quartil	p valor
Idade (anos)	Feminino	31	61,9 (8,8)	33-80	58	63	67	0,117
	Masculino	74	59,3 (9,5)	39 - 80	52	59	67	
	Amostra total	105	60,1 (9,4)	33-80	53	60	67	

Teste de Mann - Whitney

Quanto à procedência dos participantes da pesquisa, quase a totalidade referiu morar no estado de São Paulo (94,3%). Seis participantes (5,7%) referiram morar em diferentes estados, como Minas Gerais (Uberaba e Itajubá), Bahia (Euclides da Cunha), Tocantins (Colinas), Rondônia (Santa Cruz do Oeste) e Sergipe (Poço Verde).

A tabela 2 apresenta dados sociodemográficos dos 105 pacientes do estudo e a comparação entre o gênero.

Tabela 2. Distribuição dos 105 pacientes, segundo as características sociodemográficas e a comparação de gênero, São Paulo - 2013

Variáveis	Amostra total		Feminino			Masculino			p valor
	N	%	N	%	(RP)	N	%	(RP)	
Escolaridade									0,752**
Até 4ª. série do ensino fundamental	34	32,4	11	35,5	-	23	31,1	-	
Até 8ª. série do ensino fundamental	31	29,5	9	29,0	-	22	29,7	-	
Ensino médio	15	14,3	5	16,1	-	10	13,5	-	
Ensino superior	16	15,2	3	9,7	-	13	17,6	-	
Não alfabetizado	7	6,7	3	9,7	-	4	5,4	-	
Outros	2	1,9	0	0,0	-	2	2,7	-	
Situação conjugal									0,035**
Casado/união consensual	77	73,4	19	61,3	(-1,8)	58	78,4	(1,8)	
Divorciado/separado	14	13,3	4	12,9	(-0,1)	10	13,5	(0,1)	
Viúvo	10	9,5	7	22,6	(3,0)	3	4,1	(-3,0)	
Solteiro	4	3,8	1	3,2	(-0,2)	3	4,1	(0,2)	
Filhos									0,553**
Sim	102	97,1	31	100	-	71	95,9	-	
Não	3	2,9	0	0	-	3	4,1	-	
Filhos com idade igual ou maior a 18 anos ■									0,113*
Sim	91	89,2	30	96,8	-	61	85,9	-	
Não	11	10,8	1	3,2	-	10	14,1	-	
Compartilha moradia									0,653**
Cônjuge	33	31,4	9	29,0	-	24	32,4	-	
Filhos	13	12,4	5	16,1	-	8	10,8	-	
Cônjuge e filhos/enteados	37	35,3	10	32,3	-	27	36,5	-	
Sozinho	10	9,5	5	16,1	-	5	6,8	-	
Cônjuge, filhos e netos	6	5,7	1	3,2	-	5	6,8	-	
Outros	6	5,7	1	3,2	-	5	6,8	-	
Crença religiosa									0,671**
Sim	98	93,3	30	96,8	-	68	91,9	-	
Não	7	6,7	1	3,2	-	6	8,1	-	

* Teste Qui-quadrado de Pearson

Legenda: RP= resíduo padronizado

**Teste Exato de Fisher

■ Missing: n=3

Conforme mostra a tabela 2, verifica-se que o ensino fundamental (completo ou incompleto) foi predominante entre mulheres (64,5%) e homens (60,8%). Da mesma forma, predominou entre homens (78,4%) e mulheres (61,3%) o relato de serem casados ou viverem em união consensual. Na comparação desta variável (situação conjugal) entre os

sexos, verificou-se diferença estatisticamente significativa. Na análise do resíduo padronizado, verificou-se que a viuvez entre as mulheres (22,6%; RP=6,2) foi o fator que contribuiu para a significância estatística ($p=0,035$) desta variável. A maioria dos pacientes (mulheres 32,3% e homens 36,5%) compartilha moradia com esposos e filhos/enteados, não havendo significância estatística para esta variável.

Quanto à crença religiosa, quase a totalidade da amostra (93,3%) referiu ter algum tipo de crença, sendo que 67,7 % das mulheres e 54,1 % dos homens referiram ser praticantes. Para ambos, a religião católica predominou (62,5%), seguida dos evangélicos (26,9%) e de outras religiões (4,8%).

Em relação à atividade laboral (tabela 3), verifica-se que mulheres (35,5%) e homens (41,9%), em sua maioria, são aposentados ou pensionistas. Na comparação desta variável, entre homens e mulheres, foi observada diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$), com diferenças de ocupação de autônomo, para homens (RP=3), e realização das atividades do lar, para as mulheres (RP=6,2). No que se refere à renda familiar, verifica-se diferenças entre ambos, ou seja, homens estão em maior número (57,5%) como arrimos de família, quando comparados às mulheres (38,7%), porém esta diferença não apresentou significância estatística. Entre as mulheres, chama a atenção os filhos e os netos (22,6%) como dependentes da renda familiar, porém não houve diferença com significância estatística para esta variável.

Com relação à renda média bruta familiar, obtida a partir do Critério de Classificação Econômica ABEP, há maior concentração (64,3 %) dos participantes nas classes econômicas B2, C1 e C2, cujas rendas brutas mensais correspondem a R\$ 2.654,00, R\$ 1.654,00 e R\$ 1.147,00, respectivamente. No que diz respeito à renda familiar relatada pelos participantes da pesquisa, os valores obtidos pela classificação econômica ABEP se aproximam, porém foram menores do que a renda familiar relatada pelos participantes da pesquisa, cuja média, mediana e desvio padrão foram, respectivamente, R\$ 3.548,05, R\$ 2000,00 e R\$ 5618,87.

Tabela 3. Distribuição dos 105 pacientes, segundo características laborais, aspectos econômicos e a comparação de gênero, São Paulo - 2013

Variáveis	Amostra total		Feminino			Masculino			p valor
	N	%	N	%	(RP)	N	%	(RP)	
Ocupação atual									<0,001**
Aposentado/pensionista	42	40,0	11	35,5	(-0,6)	31	41,9	(0,6)	
Autônomo	28	26,7	2	6,5	(-3,0)	26	35,1	(3,0)	
Vínculo empregatício	19	18,1	4	12,9	(-0,9)	15	20,3	(0,9)	
Atividade no lar	14	13,3	14	45,2	(6,2)	0	0	(-6,2)	
Desempregado	2	1,9	0	0	(-0,9)	2	2,7	(0,9)	
Responsável pela renda familiar ■									0,079*
Sim	54	51,9	12	38,7	-	42	57,5	-	
Não	50	48,1	19	61,3	-	31	42,5	-	
Membros da família dependentes da renda familiar ■									0,054**
Cônjuge	32	30,8	10	32,3	-	22	30,1	-	
Cônjuge e filhos	37	35,6	8	25,8	-	29	39,7	-	
Cônjuge, filhos e netos	5	4,8	0	0	-	5	6,8	-	
Cônjugee netos	1	1,0	0	0	-	1	1,4	-	
Nenhum membro	9	8,7	5	16,1	-	4	5,5	-	
Filhos	1	1,0	1	3,2	-	0	0	-	
Filhos e netos	14	13,5	7	22,6	-	7	9,6	-	
Outros	5	4,8	0	0	-	5	6,8	-	
Classe Econômica (ABEP)									0,546**
A2	5	4,8	1	3,2	-	4	5,4	-	
B1	10	9,5	1	3,2	-	9	12,2	-	
B2	30	28,6	10	32,3	-	20	27,0	-	
C1	26	24,8	6	19,4	-	20	27,0	-	
C2	22	21,0	9	29,0	-	13	17,6	-	
D/E	12	11,4	4	12,9	-	8	10,8	-	

* Teste Qui-quadrado de Pearson

Legenda: RP= resíduo padronizado

**Teste Exato de Fisher

■ Missing: n=1

Quanto á caracterização clínica dos participantes do estudo a figura 1 mostra que as artérias coronárias mais acometidas foram as artérias Descendente Anterior (DA), Coronária Direita (CD) e Artéria Circunflexa (Cx).

Figura 1. Frequência das artérias afetadas da amostra de 105 participantes, São Paulo - 2013

Fonte da figura (coração): Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005⁽⁶⁴⁾.

Quanto ao diagnóstico médico de DAC e conhecimento da necessidade cirúrgica pelos participantes da amostra, foi observada maior média de dias para as mulheres (264,2 e 92,4, respectivamente), na comparação com os homens, porém não houve diferença estatisticamente significativa, conforme mostra a tabela 4.

Tabela 4. Comparação entre gênero sobre tempo de diagnóstico médico e de ciência da necessidade da cirurgia com respectivos valores de p, São Paulo - 2013

Período (dias)	Gênero	N	Média (DP)	Min-Máx	1º quartil	Mediana	3º quartil	p valor
Diagnóstico médico (DAC)	Feminino	31	264,1 (412,4)	15-1825	51	90	330	0,088
	Masculino	74	216,7 (545,2)	11-4.015	30	60	181,5	
Conhecimento da necessidade da cirurgia	Feminino	31	92,4 (105,1)	10-445	32	60	95	0,174
	Masculino	74	75,0 (88,3)	11-470	29,8	35,5	90	

Teste de Mann - Whitney

Quase a totalidade (95,2%) dos participantes foi internada via Sistema Único de Saúde, sendo que a grande maioria (85,7%) esteve internada na enfermaria do 4º andar. Mais da metade das mulheres (54,8%) e dos homens (64,9%) não possuía acompanhante durante o período de internação. Não foi observada significância estatística entre estas variáveis, citadas anteriormente, e o gênero.

Com relação ao tempo de internação pré-operatória, a maioria dos participantes da pesquisa (67,6 %) esteve internada há menos de 24 horas a contar do momento da coleta de dados.

Quanto à dor ou ao desconforto que poderiam estar presentes no período pré-operatório, praticamente todas as mulheres (96,8%) e todos os homens (98,6%) não referiam sintomas no momento da entrevista; na comparação desta variável entre os gêneros não foi observada significância estatística, conforme tabela 5.

Tabela 5. Distribuição dos 105 participantes e comparação de gênero, segundo características clínicas com valores de p, São Paulo - 2013

Variáveis	Amostra total		Feminino			Masculino			p valor
	N	%	N	%	RP	N	%	RP	
Dor ou desconforto pré-operatório									0,505**
Sim	2	1,9	1	3,2	-	1	1,4	-	
Não	103	98,1	30	96,8	-	73	98,6	-	
Cirurgia isolada									0,445*
Sim	95	90,5	27	87,1	-	68	91,9	-	
Não	10	9,5	4	12,9	-	6	8,1	-	
Fatores de risco									
Hipertensão arterial ■ Sim	87	83,7	30	96,8	(2,4)	57	78,1	(-2,4)	0,018*
Não	17	16,3	1	3,2	-	16	21,9	-	
Diabetes mellitus ■ Sim	47	45,2	19	61,3	(2,1)	28	38,4	(-2,1)	0,032*
Não	57	54,8	12	38,7	-	45	61,6	-	
Dislipidemia ■ Sim	77	74	25	80,6	-	52	71,2	-	0,317*
Não	27	26	6	19,4	-	21	28,8	-	
Tabagismo Sim	10	9,5	2	6,5	-	8	10,8	-	0,086**
Não	43	41	18	58,1	-	25	33,8	-	
Ex-tabagista	52	49,5	11	35,5	-	41	55,4	-	
História familiar de RM, IAM ou angioplastia									0,820*
Sim	66	62,9	20	64,5	-	46	62,2	-	
Não	39	37,1	11	35,5	-	28	37,8	-	
Experiências cirúrgicas (não cardíacas) anteriores ■									0,003*
Sim	61	61	25	83,3	(3)	36	51,4	(-3)	
Não	39	39	5	16,7	-	34	48,6	-	

* Teste Qui-quadrado de Pearson

**Teste Exato de Fisher

Legenda: RP= resíduo padronizado

■Missing: n=1 ou n=5

Quanto à caracterização da cirurgia de revascularização do miocárdio (tabela 5), houve predomínio entre as mulheres (87,1 %) e entre os homens (91,9%) de cirurgia isolada (somente revascularização do miocárdio). Não foi observada significância estatística na comparação entre gêneros.

Quanto aos fatores de risco cardiovascular, houve prevalência de hipertensão arterial sistêmica (96,8%) e diabetes mellitus (76,1%) entre as mulheres, quando comparadas aos homens (78,1% e 38,4%, respectivamente), sendo estas diferenças estatisticamente significantes para as mulheres em ambos os fatores (hipertensão

arterial $p=0,018$ e diabetes mellitus $p=0,032$) (tabela 5). O histórico familiar de IAM, RM ou angioplastia foi predominante entre homens (62,2%) e mulheres (64,5%), sem haver diferença com significância estatística.

No que diz respeito à experiências cirúrgicas não cardíacas anteriores (tabela 6), predominou entre as mulheres (83,3%) o relato de experiências cirúrgicas prévias na comparação com os homens (51,4%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,003$). Entre os sistemas orgânicos acometidos por procedimentos cirúrgicos (tabela 6), destacam-se o cardiovascular e o reprodutor, com diferença estatisticamente significativa para as mulheres, na comparação com os homens ($p=0,031$ e $p<0,001$, respectivamente).

Tabela 6. Distribuição das experiências cirúrgicas da amostra de 105 participantes e comparação de gênero, com valores de p, São Paulo - 2013

Sistema orgânico	Amostra total		Feminino			Masculino			p valor
	N	%	N	%	(RP)	N	%	(RP)	
Cardiovascular[■]									0,031**
Sim	5	5,0	4	12,9	(2,4)	1	1,4	(-2,4)	
Não	95	95,0	27	87,1	(-2,4)	68	98,6	(2,4)	
Gastrointestinal[■]									0,777*
Sim	24	24,0	8	25,8	-	16	23,2	-	
Não	76	76,0	23	74,2	-	53	76,8	-	
Reprodutor[■]									<0,001*
Sim	22	22,0	17	54,8	(5,3)	4	5,8	(-5,3)	
Não	78	78,0	14	45,2	(-5,3)	65	94,2	(5,3)	
Osteomuscular[■]									0,096*
Sim	11	11,0	1	3,2	-	10	14,5	-	
Não	89	89,0	30	96,8	-	59	85,5	-	
Renal[■]									1,000**
Sim	2	2,0	0	0	-	2	2,9	-	
Não	98	98,0	31	100	-	67	97,1	-	
Linfático[■]									1,000**
Sim	8	8,0	2	6,5	-	6	8,7	-	
Não	92	92,0	29	93,5	-	63	91,3	-	
Nervoso Central[■]									0,526**
Sim	2	2,0	1	3,2	-	1	1,4	-	
Não	98	98,0	30	96,8	-	68	98,6	-	
Tegumentar[■]									0,644**
Sim	5	5,0	2	6,5	-	3	4,3	-	
Não	95	95,0	29	93,5	-	66	95,7	-	
Sensorial[■]									1,000**
Sim	8	8,0	2	6,5	-	6	8,7	-	
Não	92	92,0	29	93,5	-	63	91,3	-	

* Teste Qui-quadrado de Pearson

**Teste Exato de Fisher

Legenda: RP= resíduo padronizado

■Missing: n=5

5.2 ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS UTILIZADAS

5.2.1 Escala de Estresse Percebido (PSS-14)

De acordo com a tabela 7, o alfa de Cronbach estimado da escala PSS-14, sobre todos os itens, foi de 0,74, sendo considerado satisfatório para análise. Diante da exclusão de algum item, o menor valor de alfa obtido foi de 0,69 e o maior foi de 0,75. Estes resultados mostram que os índices de correlação continuam satisfatórios.

Tabela 7. Resultado da análise de consistência interna por meio do alfa de Cronbach da Escala de Estresse Percebido (PSS-14), São Paulo - 2013

PSS-14	alfa de Cronbach
Geral	0,74
Itens	alfa de Cronbach se item for excluído
PSS_1	0,70
PSS_2	0,73
PSS_3	0,70
PSS_4	0,73
PSS_5	0,73
PSS_6	0,73
PSS_7	0,73
PSS_8	0,73
PSS_9	0,75
PSS_10	0,71
PSS_11	0,69
PSS_12	0,74
PSS_13	0,74
PSS_14	0,70

5.2.2 Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus

O alfa de Cronbach estimado sobre todos os itens do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus foi 0,89, considerado satisfatório para análise, conforme mostra a tabela 8. Porém, observa-se variabilidade dos valores de alfa de Cronbach estimados por domínios. O valor para o domínio Autocontrole (0,31) foi o mais baixo, enquanto o domínio Reavaliação positiva (0,76), seguido de Suporte social (0,68) obtiveram valores mais elevados.

Tabela 8. Resultado da análise de consistência interna por meio do alfa de Cronbach do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, São Paulo - 2013

Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus	Nº de Itens	alfa de Cronbach
Geral	46	0,89
Domínios		
Confronto	6	0,56
Afastamento	7	0,41
Autocontrole	5	0,31
Suporte Social	6	0,68
Aceitação da responsabilidade	7	0,67
Fuga esquiva	2	0,40
Resolução de problemas	4	0,51
Reavaliação positiva	9	0,76

5.3 ANÁLISE DESCRITIVA DAS ESCALAS UTILIZADAS

As tabelas 9 e 10 mostram os resultados descritivos da Escala de Estresse Percebido (PSS-14) e do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, da amostra total e de mulheres e homens em separado.

5.3.1 Escala de Estresse Percebido (PSS-14)

Tabela 9. Médias das pontuações de estresse percebido, desvio padrão, valores mínimo e máximo e quartis com valor de p na amostra total e na comparação de gênero, São Paulo - 2013

Gênero	N	Média (DP)	Mín -Máx	1º quartil	Mediana	3º quartil	IC 95% para média		p valor
							limite inferior	limite superior	
Feminino	31	22,5(8,5)	11 - 39	16	21,0	30,0	19,36	25,31	0,105
Masculino	74	19,6(8,0)	03 - 37	13	20,5	24,0	17,49	21,48	
Amostra total	105	20,5(8,2)	3 - 39	13	21,0	25,5	18,9	22,1	

Teste t de Student

IC = intervalo de confiança

A análise da tabela 9 mostra que a média de pontuação de estresse da amostra total foi de 20,5. Na comparação das médias de estresse entre homens (19,6) e mulheres (22,5), não foi verificada diferença estatisticamente significativa.

Considerando que os domínios do Inventário de Estratégias de *Coping* possuem diferentes números de itens, foi realizada a padronização das pontuações em cada um dos domínios, com variação mínima de 0 e máxima de 10. Com isto, foi possível analisar e comparar os escores dos domínios entre si. Os resultados estão dispostos na tabela 10.

5.3.2 Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus

Tabela 10. Médias padronizadas das pontuações dos domínios do Inventário de Estratégias de *Coping*, desvio padrão (DP), mínimo e máximo e quartis na amostra total, São Paulo - 2013

Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	Média(DP)	Mín - Máx	1º quartil	Mediana	3º quartil	IC 95% para média	
						limite inferior	limite superior
Confronto	2,49 (1,88)	0-8,33	1,11	2,22	3,33	2,13	2,86
Afastamento	4,40 (1,86)	0-9,05	2,86	4,29	5,71	4,04	4,77
Autocontrole	4,99 (1,96)	0-10,00	4,00	5,33	6,67	4,60	5,37
Suporte Social	6,00 (2,32)	0-10,00	4,44	6,67	7,78	5,55	6,46
Aceitação da responsabilidade	5,01 (2,23)	0-10,00	3,33	5,24	6,67	4,57	5,45
Fuga e Esquiva	5,80 (3,05)	0-10,00	3,33	5,00	8,33	5,20	6,40
Resolução de problemas	6,46 (2,33)	0-10,00	5,00	6,67	8,33	6,00	6,92
Reavaliação positiva	6,30 (2,23)	0,74-10,00	5,19	6,67	7,78	5,86	6,74

Ao se observarem os valores das médias dos domínios dispostos na tabela 10, observou-se, na amostra total, que Resolução de problemas (6,46), Reavaliação positiva (6,30) e Suporte social (6,0) foram os domínios que apresentaram maior média de pontuação.

Ao se observar a frequência de respostas na amostra total em cada item do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, observou-se que mais da metade da amostra do estudo referiu escolher a opção 3, “usei muitas vezes” nos itens número 44, 12, 34, 16, 26, 37, 38 e 42, conforme mostra a tabela 11.

Tabela 11. Itens do Inventário de Estratégias de *Coping* que obtiveram respostas “usei muitas vezes” por mais da metade da amostra do estudo, São Paulo - 2013

Itens	Domínio ao qual o item pertence	%
44. Rezei	Reavaliação positiva	81,0
12. Aceitei a simpatia e compreensão das pessoas	Suporte social	60,0
34. Recusei recuar e batalhei pelo que queria	Resolução de problemas	54,3
16. Mudei ou cresci como pessoa de maneira positiva	Reavaliação positiva	52,4
26. Redescobri o que é importante na vida	Reavaliação positiva	53,3
37. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto, dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	Resolução de problemas	53,3
38. Prometi a mim mesmo, que as coisas serão diferentes na próxima vez	Aceitação da responsabilidade	52,4
42. Desejei que a situação acabasse, ou que de alguma forma, desaparecesse	Fuga e esquiva	53,3

Observa-se que a maioria dos pacientes utiliza (81%) a estratégia “rezar/orar”, seguida de “aceitar a simpatia e compreensão das pessoas” (60%). As demais estratégias (itens números 34, 16, 26, 37, 38, 42) descritas na tabela 11 foram utilizadas com frequência semelhante.

Na comparação de gênero (tabela 12), verifica-se que a maior média de pontuação obtida entre as mulheres foi no domínio “Reavaliação positiva”, enquanto “Resolução de problema” obteve maior média entre os homens. Ao se compararem as médias de pontuação dos domínios entre mulheres e homens não se observa diferença estatisticamente significativa.

Tabela 12. Médias padronizadas dos domínios do Inventário de Estratégias de *Coping*, desvio padrão, mínimo e máximo e quartis com valor de p na comparação de gênero, São Paulo - 2013

Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	Gênero	N	Média(DP)	Min - Máx	1º quartil	Mediana	3º quartil	IC 95% para média		p valor
								limite inferior	limite superior	
Confronto	Feminino	31	2,61 (1,86)	0 7,78	1,39	2,22	3,33	1,93	3,30	0,589
	Masculino	74	2,44 (1,89)	0 7,78	1,11	2,22	3,33	1,99	2,89	
Afastamento	Feminino	31	4,60 (1,97)	0 8,33	3,57	4,76	5,95	3,91	5,36	0,269
	Masculino	74	4,29 (1,81)	0 9,05	2,86	4,29	5,24	3,87	4,73	
Autocontrole	Feminino	31	5,00 (2,28)	0,95 9,05	3,67	5,33	6,67	4,20	5,87	0,630
	Masculino	74	4,96 (1,82)	0 10,00	4,00	4,67	6,00	4,53	5,40	
Suporte Social	Feminino	31	6,43 (2,01)	1,33 10,00	4,72	6,67	7,78	5,69	7,17	0,306
	Masculino	74	5,81 (2,43)	1,67 10,00	4,17	6,11	7,78	5,24	6,39	
Aceitação da responsabilidade	Feminino	31	4,90 (2,13)	0 10,00	3,57	5,24	6,67	4,12	5,68	0,966
	Masculino	74	5,05 (2,27)	0,48 7,62	3,33	5,24	6,43	4,52	5,60	
Fuga e esquiva	Feminino	31	5,91 (3,41)	0 10,00	3,33	5,00	9,17	4,66	7,17	0,743
	Masculino	74	5,75 (2,89)	0 10,00	3,33	5,00	8,33	5,07	6,44	
Resolução de problemas	Feminino	31	6,55 (2,30)	0 10,00	5,83	6,67	7,92	5,71	7,40	0,824
	Masculino	74	6,42 (2,36)	0 10,00	5,00	6,67	8,33	5,86	6,98	
Reavaliação positiva	Feminino	31	6,82 (2,18)	0,83 10,00	5,37	7,04	8,70	6,02	7,62	0,135
	Masculino	74	6,07 (2,22)	1,11 10,00	5,00	6,67	7,59	5,55	6,60	

Entre as mulheres e os homens, os itens que se destacaram com frequência “usei muitas vezes” estão dispostos na tabela 13.

Tabela 13. Itens do Inventário de Estratégias de *Coping* que obtiveram resposta “usei muitas vezes” por mais da metade das mulheres e homens, São Paulo - 2013

Itens	Domínio ao qual o item pertence	Mulheres	Homens	p valor
		%	%	
12. Aceitei a simpatia e compreensão das pessoas	Suporte social	67,7	56,8	0,407
16. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	Reavaliação positiva	61,3	50	0,399
20. Compreendi que o problema foi provocado por mim	Aceitação da responsabilidade	22,6	50	0,017
21. Saí da experiência melhor do que eu esperava	Reavaliação positiva	54,8	37,8	0,165
26. Redescobri o que é importante na vida	Reavaliação positiva	54,8	51,4	0,911
27. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	Reavaliação positiva	51,6	51,4	1,000
33. Falei com alguém sobre como estava me sentindo	Suporte social	51,6	41,9	0,485
34. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	Resolução de problemas	58,1	52,7	0,773
37. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto, dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	Resolução de problemas	61,3	50	0,399
38. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes na próxima vez	Aceitação da responsabilidade	58,1	50	0,589
42. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	Fuga e esquiva	61,3	50	0,399
44. Rezei	Reavaliação positiva	96,8	74,3	0,016

Teste Qui-quadrado de Pearson

Observa-se que mulheres e homens utilizam com maior frequência a estratégia “rezei/orar” para o enfrentamento da situação pré-operatória. Na comparação das médias dos itens mais pontuados entre mulheres e homens, constata-se diferença estatisticamente significativa para os homens no item “Compreendi que o problema foi provocado por mim” ($p=0,017$) e para as mulheres no item “Rezei” ($p=0,016$).

5.4 PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO QUE SE REFERE AOS ESTRESSORES E ÀS PREOCUPAÇÕES NO PRÉ-OPERATÓRIO

As respostas, provenientes da pergunta **“O que mais stressou ou preocupou o Sr (a) desde que a cirurgia foi marcada até o dia de hoje?”**, foram analisadas e categorizadas conforme descrito no quadro 4.

Quadro 4. Título das categorias referentes aos estressores ou às preocupações relatados pelos 105 participantes da pesquisa, São Paulo - 2013

Categoria	Título da categoria
A	Preocupação com adiamento/espera do ato anestésico cirúrgico
B	Medo
B.1	Procedimento anestésico cirúrgico (o coração com problemas / anestesia/esternotomia)
B.2	Morrer
C	Preocupação com andamento/resultados da cirurgia
D	Comentários sobre as orientações recebidas e experiência dos profissionais
E	O procedimento não foi motivo de preocupação: nada stressou
F	Recuperação pós-operatória
G	Novidade da situação/surpresa
H	Família
H.1	Cuidados com a família: aspectos financeiros
H.2	Familiares com problemas de saúde
I	Sintomas clínicos interferindo nas atividades diárias/domésticas
J	Outros

A figura 2 mostra a distribuição das categorias na amostra total, homens e mulheres, participantes desta pesquisa.

Figura 2. Estressores ou preocupações relatados pelos 105 participantes, mulheres e homens, em frequência relativa e absoluta, São Paulo - 2013

De acordo com figura 2, a categoria com maior número de respostas na amostra total foi “B.2-Medo de morrer” (18 pacientes). Nesta categoria, os relatos descrevem o medo de morrer devido ao risco cirúrgico e à possibilidade de morte antes do procedimento anestésico cirúrgico. No caso dos homens, exclusivamente, houve relato de medo de morrer e deixar a família e o trabalho e o relato das experiências cirúrgicas no meio social ou familiar, como ilustram as seguintes falas:

- a. *"Fazer a cirurgia né? Porque primeiro eu não sabia como que era né? Fiquei com medo um pouco, né? Medo de morrer eu pensei que ia morrer porque eu nunca tinha feito, né? Aí depois quando os outros falava que num tem que ter medo, aí eu fiquei mais animada."* (participante 24)
- b. *"É, eu acho que é o medo da, o medo de morrer, porque eu fiquei com medo sim, tô sempre pensando é, na minha família, nos meus filhos, nos meus negócios [...]"* (participante 7)

A segunda categoria com maior frequência de respostas foi “A-Adiamento ou espera para realização do ato anestésico cirúrgico” (16 pacientes). Os relatos referem o desejo de realizar a cirurgia o quanto antes, conforme exemplos de relatos a seguir:

- a. *"É em fazer o mais rápido possível, preocupação praticamente nenhuma[...]"*(participante 35)
- b. *"A mudança de cirurgia que era pra ser há um mês e passou para outro, fiquei preocupada que não ia sair a cirurgia, mas agora tô contente porque vou operar, não tô preocupada agora"* (participante 2)
- c. *"A demora, a demora pra cirurgia porque eu tive um infarto em junho do ano passado[...] o que mais me preocupou foi isto, a demora, o agendamento de tudo"* (participante 60)

Em terceiro lugar, com igual frequência de respostas (15 pacientes) da amostra, estão as categorias “C- Preocupação com andamento/resultados da cirurgia” e “E- O procedimento não foi motivo de preocupação: nada stressou”, sendo que os relatos referem preocupação devido os fatores de risco cardiovascular, os resultados da cirurgia e as complicações possíveis no pós-operatório e relato de que nada stressou:

- a. *"[...]se vai dar certo, como vai ser minha vida após a cirurgia, se eu vou poder ter a mesma qualidade de vida, se vou depender só de mim, ou se eu vou ficar uma pessoa dependente de outra, entendeu? [...]."*(participante 27)
- b. *"Nada, não estressou nada, tá tudo normal."* (participante 04)
- c. *"Eu não sei não. Fiquei calma[...]Não fiquei estressada em pensar que eu vou operar, fiquei calma"* (participante 50)

A quinta categoria com maior frequência de respostas na amostra total foi "F- A recuperação pós-operatória" (13 pacientes), com relatos a respeito do tempo de recuperação pós-operatória no hospital e do retorno ao trabalho, do incômodo por morar em casa de familiar, do repouso e da dor pós-operatória e, exclusivamente, as mulheres citaram o acordar com "tubo" na boca:

- a. *"Medo do pós-operatório, não se sabe como vai ser né, moro na casa da minha irmã."* (participante 09)
- b. *"[...]saber que eu posso acordar e imaginar que ainda vou estar com o tubo na boca."* (participante 22)
- c. *"Bom, o que me estressou mais foi o pensamento sobre o pós-operatório, porque eu conversei com alguns colegas que fez a cirurgia cardíaca e que falaram sobre a dor, tenho medo da dor do pós-operatório, eu tenho horror de sentir dor[...]"* (participante 38)
- d. *"É saber que tenho que ficar três dias na UTI e ter que ficar dez dias no hospital."* (participante 20)

A sexta categoria com maior frequência de respostas na amostra total foi "B.1-Medo do procedimento: o coração com problemas, anestesia e esternotomia" (11 pacientes), na qual os relatos se concentraram no porte da cirurgia, no coração como órgão alvo, na reação à anestesia e no saber que terá a integridade física prejudicada pelo acesso à cavidade torácica com a realização da esternotomia:

- a. *"[...]o contexto da cirurgia né, aquela coisa de fazer cirurgia de abrir, de ter que abrir [...]."* (participante 34)
- b. *"[...]a gente sabe dessa cirurgia, é muito delicada[...]"*. (participante 71)

As demais categorias que apresentaram menor frequência de respostas na amostra total (4 a 8 participantes) foram as seguintes, em ordem decrescente: “G- Novidade da situação/surpresa” (8) e “J- Outros” (7), “H.2-Preocupação com familiares com problemas de saúde” (6); “H.1- Preocupação com questão econômica familiar” (5) e “I- Sintomas clínicos interferindo nas atividades diárias/domésticas”, juntamente com “D- Comentários sobre as orientações recebidas e experiência dos profissionais”. Seguem os relatos que ilustram estas categorias:

- Novidade/surpresa da situação
 - a. *"Ah, me preocupou muito por causa que eu nunca tinha feito cirurgia né? É a primeira vez, fiquei nervosa."* (participante 80)
 - b. *"O susto né? Coisa que você nunca fez, assusta. As vezes pode não ser um grande problema, mas você acha que é[...]."* (participante 9)
- Outros: “ter que operar”, problemas com sono, morar longe do hospital, interferência nas atividades de trabalho dos filhos.
 - a. *"O que mais me gerou estresse foi o fato de ter me internado, de estar aqui agora, que eu não queria tá passando por isso, porque eu sou uma pessoa que creio muito em Deus, muito religiosa e creio que eu posso ser curada através da minha fé[...]."* (participante 23)
 - b. *"[...] não consigo dormir direito porque fico preocupada, mas não sei especificar o porquê."* (participante 45)
 - c. *"É porque os meus filhos está tudo empregado e tem que sair comigo né? Empata eles no serviço deles né? "* (participante 51)
 - d. *"Olha, é a viagem né? A gente tem que ir na prefeitura marcar, e se eu ficar aqui internado o meu filho não pode ficar de acompanhante, porque se ele voltar não vem mais, tem a dificuldade de vim."* (participante 61)
- Preocupações com familiares com problemas de saúde
 - a. *"[...] estou com minha mãe que está com demência, aquela doença Alzheimer, tive que colocá-la em um asilo para poder vir aqui."* (participante 46)
 - b. *"É ter a minha esposa doente, só isso que preocupou."* (participante 59)

- c. *“É, meu neto né, tenho um neto especial.” (participante 52)*
- Preocupação com a situação econômica da família
 - a. *“[...] tem o filho estudando em universidade, então acumulou tudo, foi este mais o motivo mesmo que preocupou, a parte financeira, o filho mora lá perto de Uruguai, em Pelotas e fica difícil de mantê-lo né?” (participante 10)*
 - b. *“Ah, me stressou a preocupação da minha vida, assim com minha família e meus compromissos pessoais, com relação ao conforto pra família, honrar com os compromissos financeiros, né? Enfim carros, serviços é o que me preocupa bastante, a gente se preocupa.” (participante 30)*
 - c. *“O que mais preocupou foi minha família, aspecto financeiro, por eu ser autônomo, não tenho um rendimento fixo[...].” (participante 47)*
- Sintomas clínicos interferindo nas atividades diárias/domésticas
 - a. *“[...] stressou não fazer as coisas de casa.” (participante 80)*
 - b. *“A dor que eu sentia, dor no peito, falta de ar, não podia andar quase, se eu tava parado tudo bem, se eu andava um pouquinho, não andava mais de 50 metros tinha que parar.” (participante 42)*
- Equipe de saúde: orientações pré-operatória e conduta terapêutica
 - a. *“Chegar aqui e ouvir a palavra da enfermeira ou médica (eu não sei) e dizer aquelas palavras que ela disse que vou fazer ponte safena e outro negócio que eu não entendi bem, que é muito perigoso que eu posso ter uma inflamação, que pode inflamar os rins, ter problemas.” (participante 104)*
 - b. *“É, tem sempre uns médicos menos experientes né, mas tem que acreditar, tem sempre um professor por perto.” (participante 43)*
 - c. *“O que mais me stressou foi no sentido de não ter uma, um acompanhamento, porque todo este tempo, ter feito todos os exames que eu poderia lá atrás, ter outro resultado que hoje eu não estaria fazendo esta cirurgia. Eu fiquei muito chateado quando soube que tinha que fazer a cirurgia, porque lá atrás eu podia ter sido evitado[...].” (participante 74)*

Na comparação das categorias entre homens e mulheres, a tabela 14 mostra que a categoria “B.1- Medo do procedimento: o coração com problemas/anestesia/esternotomia” apresentou diferença estatisticamente

significante ($p=0,009$) entre os gêneros, sendo mais relatada pelas mulheres. As demais categorias não apresentaram diferença estatisticamente significativa com relação ao gênero.

Tabela 14. Frequência das respostas relatadas pelas mulheres e homens sobre os estressores ou as preocupações, com valores de p na comparação de gênero, São Paulo - 2013

Estressor/preocupações	Feminino		Masculino		p valor
	N	%	N	%	
A- Adiamento/espera pela cirurgia	7	22,6	9	12,2	0,175*
B.1- Medo do procedimento: o coração com problemas anestesia / esternotomia	7	22,6	4	5,4	0,009*
B.2- Medo Morrer	7	22,6	11	14,9	0,339*
C- Preocupação com andamento/resultados da cirurgia	2	6,5	13	17,6	0,138*
D- Equipe de saúde: comentários e experiência profissional	1	3,2	3	4,1	1,000**
E- O procedimento não foi motivo de preocupação: nada stressou	2	6,5	13	17,6	0,138*
F- Recuperação pós-operatória	3	9,7	10	13,5	0,586*
G- Novidade da situação/surpresa	1	3,2	7	9,5	0,272*
H.1- Família: aspecto financeiro	1	3,2	4	5,4	1,000**
H.2- Família: familiares com problemas de saúde	1	3,2	5	6,8	0,668**
I- Sintomas clínicos interferindo nas atividades diárias/domésticas	2	6,5	2	2,7	0,580**
J- Outros	3	9,7	4	5,4	0,419*

*Teste Qui-quadrado de Pearson

**Teste Exato de Fisher

Ao analisar a tabela 14, observa-se que, entre as mulheres, houve predominância das categorias “A- Preocupação com adiamento/espera pela cirurgia”, “B.2- Medo de Morrer” e “B.1- Medo do procedimento: o coração com problemas/anestesia/esternotomia”, as três com 22,6 % das repostas. Entre os homens, predominaram as categorias “E- O procedimento não foi motivo de preocupação: nada stressou” e “C- Preocupação com andamento/resultados da cirurgia” (ambas categorias com 17,6%), “B.2- Medo de morrer” (14,9%), seguida das categorias “F- Recuperação pós-operatória” (13,5%) e “A- Adiamento/espera pela cirurgia” (12,2%), conforme ilustram as falas abaixo:

Mulher

- a. *"Foi a espera, a espera, a ansiedade né, até chegar a cirurgia, o dia mesmo porque eu queria que a cirurgia fosse assim, falasse 'oh, tal dia é a cirurgia e esperasse no hospital e ficasse no hospital, não esperasse em casa[...]"* (participante 10)
- b. *"A espera, a espera longa para mim internar, o que mais me stressou foi isso"*(participante 44)
- c. *"O que mais me stressou foi saber que eu não poderia sair bem dessa, de deixar a minha família, os meus filhos e marido, [...]"* (participante 39)
- d. *"É medo, eu fiquei com medo de morrer antes do dia 10, foi o que eu sempre disse pras minhas irmãs, minha família, de morrer antes do dia de hoje."* (participante 96)
- e. *"Fiquei preocupada porque uma cirurgia de coração ela é complicada né [...]"* (participante 11)
- f. *"[...]o que pode acontecer depois na volta da anestesia, isso me preocupou muito, muito mesmo[...]"* (participante 70)
- g. *"[...]saber que eles vão ter que me abrir."* (participante 80)

Homem

- a. *"Ah, foi normal isso aí, tá tranquilo demais até, não tem estresse nenhum graças a Deus, e aí a gente vai tocando a vida cada vez mais pra frente, ver se melhora agora se Deus quiser."* (participante 40)
- b. *"Ah, acho que eu não, não fiquei estressado, por isso (cirurgia) não, a notícia da cirurgia não me stressou sinceramente"* (participante 62)
- c. *"Tenho medo de ter complicação e a gente ficar com outro problema[...]"* (participante 15)
- d. *"Eu fiquei preocupado se, poderia eu não fazer a cirurgia, e depois ficar sofrendo pro resto da vida[...]"* (participante 99)
- e. *"O que stressou foi o nível de alto risco envolvido e a possibilidade de realmente ser uma operação terminal."* (participante 18)
- f. *"Eu tive um irmão que fez uma cirurgia no coração e morreu por causa disto, então eu também penso nisso né, da mesa de cirurgia de repente eu posso não voltar mais[...]"*(participante 15)

- g. *"Ah, mais preocupado é com o pós-operatório, que essa cirurgia não interfere em nada, acho que o pós-operatório que é a preocupação de tudo né? Quanto tempo você vai ficar no hospital, quanto tempo você vai poder voltar para o trabalho."* (participante 86)
- h. *"Olha o que mais me stressou foi ter marcado esta cirurgia e ter adiado, foi isso que me deixou mais stressado, então você tá preparado psicologicamente tudo certinho e recebe uma ligação 7 horas da noite avisando que não era pra vim no próximo dia[...]"* (participante 78)

5.5 AÇÕES QUE AJUDARAM A ENFRENTAR O PRÉ-OPERATÓRIO, CITADAS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

As respostas, provenientes da pergunta **"O que o Sr (a) fez para ajudar a enfrentar esta situação desde quando soube que precisava fazer a cirurgia até o dia de hoje?"**, foram analisadas e categorizadas conforme descrito no quadro 5.

Quadro 5. Título das categorias referentes às ações que ajudaram a enfrentar o pré-operatório, relatadas pelos 105 participantes da pesquisa, São Paulo - 2013

Categoria	Títulos das categorias
A	Apoiou-se na fé, oração, religião
B	Apoiou-se na família, amigos e outras pessoas
C	Procurou atividades para ocupar a mente
D	Procurou adquirir informações a respeito da cirurgia, cirurgião e hospital
E	Procurou seguir as orientações médicas
F	Agiu como se nada acontecesse, sem fazer nada ou pensar no assunto
G	Tentou se controlar se mantendo calmo
H	Enfrentou a cirurgia como opção de tratamento para melhorar ou resolver o problema de saúde

A figura 3 mostra a distribuição destas categorias na amostra total e entre os homens e mulheres participantes deste estudo.

Figura 3. Ações que ajudaram a enfrentar o pré-operatório, relatadas pelos 105 participantes, mulheres e homens, São Paulo - 2013

De acordo com a figura 3, na amostra total, a busca por “A- Apoio na fé, oração e religião”, juntamente com a procura por “B- Apoio da família e amigos e outras pessoas”, foram as categorias que obtiveram maior frequência de respostas (45 pacientes cada). Nestas categorias, as respostas foram relacionadas à prática religiosa com orações, apoio na fé, procura por celebrações religiosas e busca por apoio de familiares, amigos e de pessoas que já experienciaram a cirurgia cardíaca, respectivamente, conforme ilustrado pelos relatos a seguir:

- a. "Ah orei muito, indo pra igreja, Deus falou muito comigo, então eu fiquei tranquila, tô tranquila, sossegada, eu disse "Senhor, estou em suas mãos, faça que seja feita a tua vontade né?" (participante 75)*
- b. Ah pedi a Deus que me guiasse, deixei tudo na mão de Deus e Deus me olha, entendeu? Deus é quem vai encaminhar agora, entendeu?" (participante 16)*
- c. [...] encontrei pacientes que já tinham feito cirurgia aqui, me deram bons motivos e me falaram para eu ficar bem tranquilo que eu tava bem entregue e foi minha maior felicidade, então daí pra cá veio a minha maior tranquilidade[...] (participante32)*

A segunda categoria que apresentou maior frequência na amostra total foi “G- Tentou se controlar se mantendo calmo(a)” (12 participantes). Nesta categoria, as respostas foram voltadas aos esforços para o autocontrole:

- a. “Estou me controlando bem[...]” (participante25)*
- b. "O que eu mais fiz é tentar se controlar [...].” (participante5)*

A terceira categoria que apresentou maior frequência foi “E- Procurou atividades para ocupar a mente” (10 participantes). Esta categoria foi composta por respostas voltadas aos esforços para evitar o problema e foram citadas apenas por homens:

- a. “[...]o trabalho ele ajuda muito a gente trabalhando se ocupa muito a mente e acaba esquecendo[...]” (participante 30)*
- b. “Continuei com minhas atividades normais, das minhas plantas, voltei minhas atividades de trabalho, da vida comercial, não me afastei de nada[...]”(participante 73)*

As demais categorias com menor frequência de respostas na amostra total (7 a 9 participantes) foram as seguintes, em ordem decrescente: “F- Agiu como se nada tivesse acontecido, sem fazer nada ou pensar no assunto” e “H- Enfrentou a cirurgia como opção de tratamento para melhorar ou resolver o problema” (9 participantes cada), “E- Procurou seguir as orientações médicas” (8) e “D- Procurou adquirir informações a respeito da cirurgia, cirurgião e hospital” (7). Seguem os relatos que ilustram tais categorias:

- Agiu como se nada acontecesse sem fazer nada ou pensar no assunto
 - a. *“Eu resolvía adotar a medida de que não tá acontecendo nada, fingia que o problema não existia e tentava levar a vida normalmente como se nada tivesse acontecido” (participante 91)*
 - b. *“[...] eu tô indo para a operação como se fosse sair para mais um dia de trabalho [...] tô levando a coisa como se eu fosse sair para um dia de trabalho.” (participante 18)*
 - c. *“Ah, vivi normalmente assim, como se não tivesse acontecendo, nada entendeu? Procurei não me preocupar muito com isso[...].” (participante 60)*
- Enfrentou a cirurgia como opção de tratamento para melhorar ou resolver o problema
 - a. *“Fiquei ansiosa, fiquei parece que os pés sem chão, pensando que tem que cuidar da vida que ia passar, melhorar com a cirurgia, procurando os médicos procurando pra ver se melhora, porque do jeito que eu tava não podia ficar” (participante 2)*
 - b. *“Ah, eu fiquei muito contente né, pelo menos é uma coisa que vai me tirar um problema que eu tenho[...].” (participante 17)*
 - c. *“Bom, o que eu fiz foi resolver o problema de imediato, procurar fazer o mais rápido possível, meu objetivo foi esse né[...].” (participante 87)*
- Procurou seguir as orientações médicas: alimentação e medicação
 - a. *Ah, procurei tomar os medicamentos conforme devia, procurei não extrapolar assim, não passar muito nervoso, assim... procurar ficar mais tranquilo[...].” (participante 30)*

- b. “[...] se alimentar adequadamente para que tudo dê certo né, uma vez só e já era.” (participante 5)*
- Procurou adquirir informações a respeito da cirurgia, cirurgião e hospital
 - a. “[...]o médico de lá me falou bem do Dr. Paulo, então eu tô assim, bem motivada.” (participante 27)*
 - b. “[...] tentando saber mais informações sobre angioplastia e própria ponte[...].” (participante 8)*
 - c. “[...] a certeza de que eu estava no lugar correto, o mais indicado, enfim, isso me deu muita confiança, e não me deixou desacreditar no resultado.” (participante 64)*
 - d. “[...]e tentei ler sobre o assunto[...].” (participante 86)*

Na comparação entre homens e mulheres, a tabela 15 mostra que a categoria “C- Atividades para ocupar a mente” apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,031$) entre os gêneros, sendo somente relatada pelos homens. As demais categorias não apresentaram diferença estatisticamente significativa com relação ao gênero.

Tabela 15. Frequência das respostas relatadas pelas mulheres e homens sobre as ações que ajudaram no pré-operatório, com valores de p na comparação de gênero, São Paulo – 2013

O fez para enfrentar a situação	Feminino		Masculino		p valor
	N	%	N	%	
A- Apoiou-se na fé, oração, religião	17	54,8	28	37,8	0,108*
B- Apoio na família, amigos e outras pessoas	16	51,6	29	39,2	0,241*
C- Atividades para ocupar a mente	0	0	10	13,5	0,031*
D- Aquisição de informações a respeito da cirurgia, cirurgião e hospital	1	3,2	6	8,1	0,671**
E- Adesão às orientações médicas	4	12,9	4	5,4	0,187*
F- Agiu como se nada acontecesse sem fazer nada ou pensar no assunto	1	3,2	8	10,8	0,205*
G- Tentou se controlar	2	6,5	10	13,5	0,300*
H- Enfrentou a cirurgia como opção de tratamento para melhorar	2	6,5	7	9,5	0,616*

*Teste Qui-quadrado de Pearson

**Teste Exato de Fisher

A tabela 15 mostra que, entre as mulheres, houve predominância das categorias “Apoio na fé, oração e religião” (54,8%), “Apoio na família, amigos e outras pessoas” (51,6%) e “Adesão às orientações médicas” (12,9%). Entre os homens, predominaram as categorias “Apoio da família, amigos e outras pessoas” (39,2%), “Fé em Deus, oração, religião” (37,8%) e “Tentou se controlar” (13,1%) juntamente da categoria “Atividades para ocupar a mente” (13,5%), a qual foi citada apenas pelos homens, conforme falas a seguir:

Mulher

- a. “[...] também tenho muita fé em Deus, e peço para nossa Senhora, este é o principal de tudo, muitas vezes me peguei em cima da cama, de braços abertos fazendo orações pedindo a Deus pra que tudo dê certo.” (participante 11)
- b. “Ah, orar né? Pedir a Deus, rezar pra que Ele me ajudasse que eu consiga né? Que Deus me dá força[...]só peço pra Deus me dá força, para fazer o serviço que eu fazia antigamente, o serviço de casa e passar roupa para fora, de andar.” (participante 24)
- c. “O apoio da família, tenho uma família maravilhosa, meus netos, minha neta de 5 anos, tudo isso dá força pra gente. ” (participante22)

- d. *“Minha filha, meus filhos me ajuda a viver né? A me levantar porque eu tenho nove filhos e eles me ajudam a levantar, eles conversam comigo, minhas noras botam sempre eu pra cima, quando chegam lá em casa me veem triste, sentam, conversam comigo, dá conselho, já é alguma coisa né?”* (participante 80)
- e. *“Aturei ela (amiga) fazendo graça na minha casa, o dia inteiro, ela e minha filha que me ajudaram muito dando apoio, batendo papo, conversando, brincando, me distraindo”* (participante 44)
- f. *Comecei a me cuidar melhor principalmente em relação a alimentação[...], comecei a me cuidar melhor. Foi a única coisa que eu fiz, tô confiante!”* (participante 11)
- g. *“Eu tenho feito repouso, praticamente não tô fazendo nada [...]”* (participante 95)

Homem

- a. *“Eu acho que foi dividir com as pessoas, parece que quando eu falava do problema para as pessoas conhecidas, parece que quando eu tava falando, parece que aliviava um pouco [...]”*(participante 7)
- b. *“O que me ajudou foi minha esposa, comecei a centrar muito o pensamento em meus filhos porque eu tenho muito a fazer por eles[...]”* (participante 38)
- c. *“Confesso que rezando muito, rezando pra que dê certo, que os médicos estejam no seu bom dia, que os enfermeiros sejam bons, e sejam iluminados na hora da cirurgia, para que tudo termine bem.”* (participante 72)
- d. *“Dobrei meu joelho no chão eu e minha esposa, nós sempre buscamos essa orientação de Deus* (participante 98)
- e. *“Me controlei um pouco, tentei não me preocupar, fiquei na minha[...]”* (participante 3)
- f. *“Olha a melhor maneira de você enfrentar é estar com a cabeça ocupada, estar fazendo sempre alguma coisa, trabalhando, fazendo um esporte ou estar lendo, vendo televisão, não deixar a imaginação criar asas para você[...]”* (participante 81)
- g. *“Comecei a fazer uma rede de pesca, alguma coisa pra distrair a cabeça, você nem faz força, mas ocupa o tempo pra não ficar pensando muito nessas coisas, só isso que eu fiz.”* (participante 89)

5.6 RELACIONAMENTO ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS COM AS PONTUAÇÕES DE ESTRESSE E COM AS ESTRATÉGIAS DE COPING

Devido ao grande número de resultados que não apresentaram significância estatística, optou-se por apresentar somente os resultados que apresentaram valores significantes de p ($p < 0,05$) ou que foram próximos a 0,05.

A partir das correlações e das comparações entre as pontuações de estresse e características sociodemográficas e clínicas da amostra total, não foi observada significância estatística.

Com relação às estratégias de *coping*, foi observado que houve correlação entre as variáveis escolaridade e renda familiar. Observa-se, também, relação entre as variáveis religião, hipertensão arterial, diabetes mellitus e tipo de cirurgia (isolada ou conjugada) com os domínios de *coping*. Observaram-se valores de p próximos a 0,05 para as variáveis história familiar de infarto agudo do miocárdio/angioplastia/revascularização do miocárdio, situação civil e compartilha a moradia com familiar, conforme apresentação a seguir.

Tabela 16. Valores de p das correlações e comparações das pontuações de estresse e dos domínios do Inventário de Estratégias de *Coping* com variáveis sociodemográficas e clínicas, São Paulo - 2013

Variáveis	PSS-14	Confronto	Afastamento	Autocontrole	Suporte social	Aceitação da responsabilidade	Fuga esquiva	Resolução de problemas	Reavaliação positiva
Escolaridade •	0,084 r = -0,170	0,875	0,053	0,756	0,573	0,493	0,030• r = -0,21	0,761	0,756
Renda familiar •	0,575	0,624	0,058	0,252	0,903	0,326	<0,001• r = -0,33	0,621	0,110
Religião *	0,269	0,819	0,921	0,969	0,872	0,597	0,344	0,766	0,014*
Hipertensão arterial*	0,857	0,957	0,339	0,280	0,033*	0,888	0,911	0,302	0,032*
Diabetes mellitus*	0,927	0,626	0,712	0,016*	0,244	0,318	0,042*	0,214	0,131
Cirurgia*	0,253	0,061	0,317	0,032*	0,759	0,399	0,005*	0,787	0,861
História familiar (IAM, RM, angioplastia)*	0,926	0,284	0,057	0,270	0,634	0,767	0,385	0,688	0,955
Situação civil**	0,751	0,593	0,155	0,210	0,412	0,850	0,941	0,485	0,060
Compartilha a moradia com membro da família**	0,693	0,659	0,069	0,270	0,46	0,893	0,422	0,532	0,333

•Teste de correlação de Spearman

*Teste de comparação Mann -Whitney, **Teste de comparação Kruskal - Wallis

De acordo com a tabela 15, observou-se fraca relação, porém inversa e significativa, entre fuga e esquiva com escolaridade ($p=0,030$) e fuga e esquiva e renda familiar ($p<0,001$).

Com relação às variáveis qualitativas da tabela 16, foi verificado o relacionamento entre as mesmas e as pontuações dos domínios do Inventário de Estratégias de *Coping* através de análises descritivas e de análise entre pares, conforme tabela 17.

Tabela 17. Variáveis sociodemográficas e clínicas que apresentaram valores de p significantes para os domínios do Inventário de Estratégias de *Coping*, São Paulo - 2013

Domínios	Variáveis	Média (DP)	Mediana	P valor
Autocontrole	Diabetes mellitus			0,016
	Sim	4,45(1,78)	4,67	
	Não	5,39(1,99)	5,33	
Autocontrole	Tipo de cirurgia			0,032
	Isolada	4,85(1,90)	4,67	
	Conjugada	6,33(2,02)	6,67	
Suporte social	Hipertensão arterial			0,033
	Sim	6,21(2,29)	6,67	
	Não	5,00(2,22)	5	
Fuga e esquiva	Diabetes mellitus			0,042
	Sim	5,11(3,10)	5	
	Não	6,37(2,87)	6,67	
Fuga e esquiva	Tipo de cirurgia			0,005
	Isolada	5,54(2,96)	5	
	Conjugada	8,33(2,36)	10	
Reavaliação positiva	Religião			0,014
	Sim	6,49(2,10)	7,04	
	Não	3,97(2,56)	2,59	
Reavaliação positiva	Hipertensão arterial			0,032
	Sim	6,52(2,16)	7,04	
	Não	5,25(2,34)	5,93	
Reavaliação positiva	Situação civil			0,060
	Casado/união consensual	6,20(1,97)	6,67	<0,001♦
	Divorciado/separado	5,93(3,03)	6,85	
	Viúvo	7,96(1,89)	8,52	♦
	Solteiro	5,93(3,33)	6,48	
Afastamento	Reside com			0,069
	Cônjuge	4,20(1,60)	4,29	0,003♦
	Filhos	4,69(2,02)	4,29	
	Cônjuge e filhos/enteados	4,04(2,05)	4,29	0,003♦
	Sozinho	5,05(1,67)	5,24	
	Cônjuge, filhos e netos	3,89(2,16)	3,81	
	Outros	6,03(1,07)	5,48	♦

*teste de comparação Mann Whitney

♦valor de p, após análise par a par pelo teste de Steel-Dwass-Critchlow-Fligner (SDCF)

Quanto aos fatores de risco, observou-se que ser portador de hipertensão arterial esteve relacionado com maior busca por Suporte social ($p=0,033$) e uso da reavaliação positiva ($p=0,032$). Em contrapartida, o fator

de risco diabetes mellitus esteve relacionado com menor uso de dois domínios de *coping*: Autocontrole ($p=0,016$) e Fuga esquivada ($p=0,042$).

No que diz respeito ao tipo de cirurgia a ser realizada, os participantes que se submeteriam à cirurgia conjugada apresentaram maior uso de Autocontrole ($p=0,032$) e Fuga e esquivada ($p=0,005$), quando comparados àqueles que se submeteriam à cirurgia de revascularização miocárdica isolada.

Com relação à religião, os que relataram possuir crença religiosa apresentaram médias mais elevadas para Reavaliação positiva ($p=0,014$), quando comparados àqueles que não possuem.

Quanto à variável “compartilha moradia”, cujo p foi 0,069 para o domínio Afastamento, após análise par a par, observou-se maior uso de Afastamento entre os pacientes que residem com outros familiares (noiva, tia, neto, irmãos, irmão e cunhada, mãe ou pai), quando comparados aos pacientes que residem com o cônjuge ($p=0,003$) ou com cônjuge e filhos/enteados ($p=0,003$). Situação semelhante foi observada para a variável situação conjugal, na qual, após análise par a par, observou-se que os viúvos utilizam mais Reavaliação positiva com relação aos casados/união consensual ($p<0,001$).

5.7 CORRELAÇÃO DA ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (PSS-14) COM O INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING*

Embora não tenham sido encontradas diferenças de gênero nas pontuações de estresse e nos domínios de *coping*, ao se verificar a relação entre as pontuações de estresse e as pontuações dos domínios de *coping*, observou-se, na amostra total, relações fracas e positivas, porém estatisticamente significantes entre as pontuações de estresse e domínio confronto ($p=0,001$) e entre as pontuações de estresse e domínio Fuga e esquivada ($p<0,001$), conforme tabela 18.

Tabela 18. Relacionamento entre os domínios de *coping* e as pontuações de estresse, com valor de p e coeficiente de correlação (r), São Paulo - 2013

Domínio do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	Relacionamento com escores de estresse (PSS14)	
	p valor	r
Confronto	0,001	0,311
Afastamento	0,111	0,156
Autocontrole	0,932	-0,008
Suporte social	0,227	0,119
Aceitação da responsabilidade	0,586	0,054
Fuga esquiva	<0,001	0,378
Resolução de problemas	0,940	0,007
Reavaliação positiva	0,960	0,005

Correlação de Spearman

Ao se verificar a relação entre as pontuações dos domínios de *coping* e as pontuações da PSS-14, entre mulheres e homens, somente no grupo dos homens foi verificada correlação fraca, porém positiva e significativa entre as pontuações de estresse e os domínios confronto ($p=0,005$), Afastamento ($p=0,028$) e Fuga e esquiva ($p<0,001$), conforme tabela 19.

Tabela 19. Relacionamento entre os domínios de *coping* e as pontuações de estresse entre as mulheres e entre os homens, com valor de p e coeficiente de correlação (r), São Paulo - 2013

Domínio do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	Relacionamento com as pontuações de estresse (PSS-14)			
	Mulheres		Homens	
	p valor	r	p valor	r
Confronto	0,132	0,276	0,005	0,327
Afastamento	0,707	-0,070	0,028	0,258
Autocontrole	0,731	-0,064	0,982	0,003
Suporte social	0,902	0,023	0,227	0,142
Aceitação da responsabilidade	0,818	-0,043	0,450	0,089
Fuga esquiva	0,060	0,341	<0,001	0,407
Resolução de problemas	0,941	-0,014	0,887	0,017
Reavaliação positiva	0,565	-0,107	0,830	0,025

Correlação de Spearman

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados será realizada tendo em vista a literatura pertinente ao tema, à luz do Modelo Interacionista do Estresse e das questões relativas às diferenças de gênero que se mostraram na composição dos resultados.

A discussão será apresentada em etapas, conforme descrito a seguir:

- Características sociodemográficas
- Características clínicas
- Consistência interna da Escala de Estresse Percebido e do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus
- Avaliação do estresse percebido e sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas
- Estressores ou preocupações relatados
- Estratégias de *coping* (domínios) e as ações relatadas para enfrentar o pré-operatório e sua relação com as características sociodemográfica e clínicas
- Correlação das médias de pontuação obtidas na Escala de Estresse Percebido e nos domínios do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Com relação à idade, a amostra desta pesquisa apresentou média de 60,08 anos, variando entre 33 e 80 anos. Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo realizado em São Paulo, com pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, com média de idade de 60 anos e com idades mínima e máxima de 40 a 70 anos, respectivamente. Resultados próximos, porém maiores, foram encontrados em Fortaleza, onde a média de idade encontrada foi de 64,95 anos, com

idade mínima de 38 anos e máxima de 86 anos⁽⁶⁵⁾, e em Porto Alegre, cuja média de idade encontrada foi de 65,3 anos⁽⁶⁶⁾.

Embora não tenha sido encontrada diferença estatisticamente significativa entre gênero e idade, as mulheres apresentaram maior média de idade (61,9 anos) quando comparadas aos homens (59,3 anos), acompanhando resultados de estudo com pacientes revascularizados no Paraná, cuja amostra foi constituída por homens mais jovens quando comparados às mulheres⁽⁶⁷⁾ e condizendo com dados da OMS, publicados em 2013, que versam sobre a longevidade e no qual consta que a expectativa de vida das mulheres, no Brasil, foi maior quando comparadas a dos homens⁽⁶⁸⁾. Em relatório de 2009, a OMS aponta que, por tenderem a viver mais do que os homens, as mulheres representam crescente proporção entre as pessoas mais velhas, sendo que as idosas são mais acometidas por doença cardíaca isquêmica, acidente vascular cerebral e doença pulmonar obstrutiva crônica⁽⁶⁹⁾.

Certamente, a longevidade das mulheres, quando comparadas a dos homens, influencia nos aspectos referentes à situação de viuvez, sendo que, para esta categoria, as mulheres deste estudo apresentaram diferença estatisticamente significativa na comparação de gênero ($p=0,035$).

Quanto à variável “filhos e compartilhamento do lar”, neste estudo, todas as mulheres são mães e quase a totalidade dos homens (95,9%) são pais. Os filhos, juntamente com os cônjuges, foram os elementos da família que ambos, homens (32,3 %) e mulheres (36,5%), referiram fazer parte dos moradores dos próprios domicílios. Esta semelhança de frequência deixou de existir quando mulheres relataram morar somente com filhos (16,1%) ou sozinhas (16,1%), cujas frequências relativas, embora não tenham apresentado diferença estatisticamente significativa entre o gênero, são condizentes com dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010⁽⁷⁰⁾, no qual se observou que 16,2% das famílias são monoparentais femininas (com ou sem parentes), ao passo que 2,4% são monoparentais masculinas. Nesta amostra de pesquisa, 22,6% das mulheres referiram ser elas, os filhos e os netos os dependentes da renda familiar de suas casas, porcentagem maior, quando comparada aos homens (9,6 %).

Com relação à variável “arrimo de família”, não houve diferença estatisticamente significativa entre gênero. Quanto à ocupação atual, foram observados alguns aspectos relacionados ao gênero, nos quais os homens apresentaram diferença estatisticamente significativa, com trabalho autônomo, e as mulheres com a ocupação de “Atividade do lar” ($p < 0,001$), associando os homens às atividades relativas à vida econômica e as mulheres ao lar e à família. Nesta pesquisa, os resultados mostraram que, além das atividades do lar, as mulheres também estão envolvidas em atividades econômicas, sendo que 19,4% das mulheres são trabalhadoras (autônomas ou com vínculo empregatício) e 38,7% são arrimos de família.

A OMS (2009) fez algumas considerações a respeito do trabalho remunerado e questões de gênero, apontando o aumento da inserção das mulheres, desde 1990, em empregos não-agrícolas remunerados e pontuando que as mulheres vêm enfrentando condições e desafios, por receberem menor remuneração do que os homens e pela necessidade de equilibrar as demandas de emprego remunerado e da esfera domiciliar, originando cansaço, infecções, problemas de saúde mental, entre outros⁽⁶⁹⁾.

Quanto à escolaridade, observou-se predominância na amostra total (61,9%) e entre homens (57,8%) e mulheres (65,8%) em separado, do ensino fundamental (incompleto ou completo). Com relação à predominância do ensino fundamental completo, nesta amostra de pesquisa observou-se frequência menor (15,5 %) do que em estudo com pacientes revascularizados em Fortaleza (26,9%)⁽⁶⁵⁾. Quanto ao ensino superior, houve percentual maior (15,3%) quando comparado aos mesmos pacientes revascularizados (7,7%).

No que se refere aos aspectos religiosos, quase a totalidade de homens (91,9%) e mulheres (96,8%) relatou ter alguma crença religiosa, sendo a maioria católicos (62,5%), dados que se assemelham ao encontrado entre pacientes revascularizados em Fortaleza⁽⁶⁵⁾ e que corroboram os resultados de pesquisa com 3.007 brasileiros, sobre envolvimento religioso e fatores sociodemográficos, na qual 95% declararam ter religião, dos quais 68% de católicos. De fato, de acordo com resultados do estudo alemão

“Religion Monitor”, o Brasil é um país caracterizado como altamente religioso, juntamente com a Índia e os Estados Unidos da América⁽⁷¹⁾.

6.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Com relação ao tempo que mulheres e homens se depararam com o diagnóstico de DAC e ao tempo que receberam a notícia de necessidade da cirurgia, as mulheres apresentaram maior período de dias (264,1 dias e 92,4 dias, respectivamente) quando comparadas aos homens (216,7 dias e 75 dias, respectivamente), porém estas diferenças não foram estatisticamente significantes entre gênero.

Quanto à presença de acompanhante durante a internação, as mulheres apresentaram maior frequência (41,9%), quando comparadas aos homens (24%). Talvez o fato de serem consideradas idosas, segundo o Estatuto do Idoso⁽⁷²⁾ (média de 61,9 anos), tenha contribuído para esta frequência de acompanhamento maior entre as mulheres, direito este respeitado na instituição de coleta de dados, pois o paciente idoso é esclarecido sobre seu direito de permanecer internado com presença integral de um acompanhante.

Quanto às experiências cirúrgicas anteriores, houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros ($p=0,003$). As mulheres se destacaram para cirurgias relacionadas ao sistema cardiovascular ($p=0,031$), com citação de tratamento de varizes. Um estudo sobre epidemiologia de varizes aponta a prevalência de tratamento de veias varicosas em mulheres (1 % a 73 %) quando comparadas aos homens (2 a 56 %)⁽⁷³⁾. No Brasil, estudo que investigou prospectivamente 201 pacientes submetidos à cirurgia de tratamento de varizes de membros inferiores, encontrou percentual de 87,1% de mulheres compondo sua amostra⁽⁷⁴⁾. A respeito dos hormônios femininos e do processo reprodutivo no desenvolvimento de varizes, a gravidez é discutida como importante fator que contribui para a incidência de veias varicosas, pelo aumento do volume sanguíneo, pela interferência no retorno venoso central causada pelo crescimento fetal e pelo aumento dos níveis de progesterona (hormônio que age na dilatação venosa)⁽⁷³⁾.

Quanto aos fatores de risco cardiovascular, as mulheres desta amostra se destacaram significativamente para hipertensão arterial sistêmica ($p=0,018$) e diabetes mellitus ($p=0,032$), quando comparadas aos homens, corroborando com a descrição da realidade brasileira⁽⁸⁾, e mundial, pois, segundo relatório publicado pela OMS(2013), entre os indivíduos com 60 anos ou mais, as mulheres compuseram maiores proporções, em termos percentuais, de hipertensão arterial, quando comparadas aos homens, seja em países de alta ou média renda⁽⁷⁵⁾.

A respeito de fatores de risco, doença cardíaca e mulheres, estudo de revisão discorre que, além do aumento da prevalência de doença cardíaca após a menopausa, algumas situações presentes na vida da mulher moderna, como responsabilidades profissionais e relacionadas ao cuidado do lar, consumo excessivo de gorduras e carboidratos, falta de exercícios regulares e tempo insuficiente para descansar, contribuem para o desenvolvimento de fatores de risco, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemias⁽¹²⁾.

6.3 CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (PSS-14) E DO INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING* DE FOLKMAN E LAZARUS

Na verificação da consistência interna da PSS-14, obteve-se alfa de Cronbach de 0,74, valor acima de 0,70, considerado, neste estudo, e em outro⁽⁵⁵⁾, como valor satisfatório. Valores maiores foram encontrados no estudo de validação da escala para a língua portuguesa no Brasil (0,82)⁽⁵²⁾, em estudo sobre propriedades psicométricas da tradução francesa (0,84)⁽⁵⁸⁾, em estudo de validação da escala em pacientes chineses cardíacos tabagistas e em pacientes que sofreram injúrias traumáticas cerebrais (0,85)^(56,76).

Na verificação da consistência interna do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, obteve-se alfa de Cronbach de 0,89 para a escala total, considerado alfa satisfatório. Para seus domínios os valores de alfa de Cronbach variaram entre 0,31 e 0,76. Diferentes valores foram encontrados em estudos com pacientes com retocolite⁽⁷⁷⁾, pacientes em tratamento quimioterápico para câncer colorretal⁽⁷⁸⁾, pacientes em pré-

procedimento colonoscópico⁽⁴⁴⁾ e pacientes em hemodiálise crônica⁽⁷⁹⁾, conforme quadro 6.

Quadro 6. Valores de alfa de Cronbach, encontrados em estudos que utilizaram o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, São Paulo - 2013

Domínio do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus	Valores de alfa encontrados neste estudo	Títulos dos trabalhos que utilizaram o Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>			
		Processos de enfrentamento do estresse e sintomas depressivos em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática ⁽⁷⁷⁾	Percepção de estresse e estilo de <i>coping</i> de pacientes no período pré-procedimento colonoscópico ⁽⁴⁴⁾	Diferença entre gêneros na percepção do estresse e estratégias de <i>coping</i> de pacientes em tratamento quimioterápico para câncer colorretal ⁽⁷⁸⁾	Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica ⁽⁷⁹⁾
• Confronto	0,56	0,53	0,53	0,30	0,50
• Afastamento	0,41	0,42	0,60	0,43	0,56
• Autocontrole	0,31	0,33	0,32	0,20	0,46
• Suporte social	0,68	0,72	0,83	0,40	0,70
• Aceitação da responsabilidade	0,67	0,59	0,65	0,43	0,60
• Fuga e Esquiva	0,40	0,54	-0,38	0,37	0,62
• Resolução de problemas	0,51	0,66	0,27	0,31	0,70
• Reavaliação positiva	0,76	0,66	0,55	0,73	0,75
Valor de alfa (geral) do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	0,89	Não consta	0,91	0,75	Não consta

Ao se observar o quadro 6, verifica-se que o menor valor de alfa obtido neste estudo foi para o domínio Autocontrole, semelhantemente ao encontrado em mais dois estudos^(44,77). O maior valor de alfa foi obtido para o domínio Reavaliação positiva (0,76), com descrição na literatura de valores menores^(44,77) e próximos a 0,76^(78,79).

6.4 AVALIAÇÃO DO ESTRESSE PERCEBIDO (PSS-14) E SUA RELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

No que se refere aos valores das pontuações de estresse obtidos com a aplicação da PSS-14, a média de pontuação da amostra total foi de 20,5, média menor daquela encontrada em estudo (que utilizou a versão PSS-14) com pacientes que sofreram lesão cerebral traumática (26,3)⁽⁷⁶⁾.

Embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as médias das pontuações de estresse e o gênero, as mulheres apresentaram pontuação maior (22,5) do que os homens (19,6). Similarmente, em estudo de tradução e validação da PSS-14 com trabalhadores na França, também as mulheres apresentaram maiores pontuações de estresse (21,7) quando comparadas aos homens (20,7), não havendo significância estatística nesta diferença⁽⁵⁸⁾.

Pontuações de estresse maiores para mulheres (23,6) quando comparadas aos homens (22,3), foram também encontradas em outro estudo que utilizou a PSS-14 com pacientes cardíacos tabagistas, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,006$)⁽⁵⁶⁾. Em estudo de tradução e validação da PSS-14 com amostra da população geral na Grécia, também foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as pontuações de estresse e gênero ($p<0,001$), sendo que as mulheres (25,6) apresentaram maior estresse do que os homens (23,5)⁽⁵⁵⁾.

De fato, segundo dados publicados em 2012, pela American Psychological Association, com amostra de 2.020 indivíduos, com idade entre 18 e 67 anos ou mais, as mulheres relataram níveis de estresse (numa escala de 0 a 10 pontos) mais elevados do que os homens, e o relato de

experimental estresse extremo foi realizado por mais mulheres que homens⁽⁸⁰⁾.

Na pesquisa atual, o estresse não foi um fator que sofreu influência das características sociodemográficas e clínicas.

6.5 ESTRESSORES OU PREOCUPAÇÕES RELATADOS

Dentre as categorias de estressores houve, na comparação de gênero, diferença significativa para apenas a categoria B.1 (Medo do procedimento: o coração com problemas/anestesia e esternotomia). No entanto, observam-se diferenças nas frequências de relato entre mulheres e homens em algumas categorias que merecem serem explanadas e refletidas.

A categoria B.1 é composta de estressores relacionados ao medo pelo porte cirúrgico no qual o *coração* é o alvo da intervenção (referido por um homem e três mulheres), medo da reação à anestesia geral (referido por um homem e três mulheres) e medo da integridade física prejudicada pelo acesso à cavidade torácica, no ato de “abrir o peito” (referido por dois homens e uma mulher). Esta categoria apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,031$) entre o gênero, sendo citada por 22,6% das mulheres e 5,4% dos homens. Acredita-se que os aspectos referentes à complexidade, à importância do evento (o *coração* é o alvo) e à falta de controle (submissão à anestesia geral) tenham permeado a avaliação da situação como ameaçadora e fonte de estresse mais fortemente entre as mulheres.

O medo da anestesia está presente dentre os fatores que causam preocupação e angústia aos pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca⁽³⁵⁾, em pré-operatório de revascularização do miocárdio⁽³⁶⁾, e em pré-operatório de cirurgia de grande porte, no qual cita-se que os sentimentos e as emoções, como o medo, se relacionam, além da cirurgia em si, à anestesia geral⁽³⁸⁾. Pode ser que o desconhecimento sobre a ação dos anestésicos no organismo seja o motivo que gere o medo, como apontado por estudo que avaliou ansiedade e anestesia geral em pacientes submetidos

a cirurgias eletivas, os quais tiveram crenças, sobre anestesia geral, como não ser capaz de acordar ou, ao contrário, acordar durante a cirurgia⁽⁸¹⁾.

Outra possibilidade geradora de medo pode ser a associação da anestesia geral com a total dependência da equipe de saúde e a necessidade de cuidado com o corpo diante do estado de inconsciência. Em estudo com pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca, o medo da cirurgia foi relatado devido ao fato de estar inconsciente no momento de sua realização⁽³⁷⁾. De fato, a inconsciência reversível, gerada pela anestesia geral, é caracterizada por amnésia, analgesia, depressão dos reflexos, relaxamento muscular e depressão neurovegetativa⁽⁸²⁾, o que implica em total dependência da equipe de saúde para o cuidado com o corpo do paciente enfermo e para a manutenção dos parâmetros vitais.

A esternotomia também foi relatada como fonte de estresse e medo, pois aflora nos pacientes sentimentos de ameaça e agressão à integridade física⁽³⁵⁾. Quanto ao coração como órgão-alvo da cirurgia, estudo cita que este se configura como órgão que carrega uma simbologia associada aos sentimentos e se constitui como centro da vida, do amor e das emoções, no qual o estabelecimento de uma doença cardíaca faz surgir sentimentos de angústia e medo da morte, mesmo quando a cirurgia é necessária para manutenção da vida⁽³⁵⁾.

Apesar de não ser encontrada diferença estatisticamente significativa entre o gênero para a categoria B.2 (medo de morrer), esta merece destaque por ser a mais citada da amostra do estudo (17,1%). O medo de morrer esteve relacionado ao desconhecido e ao alto risco da cirurgia. Para uma participante, o período entre a indicação de tratamento cirúrgico e a internação pré-operatória representou ameaça, uma vez que o risco de obstrução coronariana e o infarto fulminante esteve presente. Relato semelhante, relacionado ao infarto agudo do miocárdio no período que antecede o ato anestésico-cirúrgico, também foi encontrado em estudo com pacientes (homens e mulheres) submetidos a cateterismo de artérias coronárias⁽²⁹⁾. No caso dos homens, exclusivamente, houve relato de medo de morrer e deixar a família e o trabalho e relato de medo por experiências

cirúrgicas entre indivíduos do meio social ou familiar que tiveram a morte como desfecho.

Pode-se entender, portanto, que a ameaça (descrita no Modelo Interacionista de Estresse⁽³⁹⁾, é vivenciada pelos pacientes do estudo pela perspectiva de morte iminente, na qual estão presentes a novidade da situação (desconhecido), complexidade do evento (porte da cirurgia), duração da ameaça e controlabilidade (incerteza de manutenção da vida até o dia da cirurgia, diante das consequências da obstrução coronariana).

Na literatura, o medo de morrer foi encontrado em estudos com pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca^(35,37,83) e em estudo com pacientes submetidos à cirurgia de grande porte⁽³⁸⁾. Em estudo com pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, a cirurgia se configurou como uma situação ambígua, na qual o paciente se encontra entre a vida (finalidade da cirurgia) e a morte⁽⁸⁴⁾.

Quanto ao medo de deixar a família e o trabalho, exposto por um homem, ao relatar o medo de morrer envolvendo família e “negócios” como esferas da vida que seriam afetadas caso o desfecho da cirurgia fosse a morte, percebe-se aspectos relativos à manutenção da família e ao âmbito financeiro, que também foram observados em estudo com pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca, no qual os homens citaram preocupações a respeito das exigências financeiras para com a família⁽³⁷⁾. Ainda sobre a atividade laboral e gênero, verificou-se neste estudo questões relativas à associação do homem com o trabalho remunerado na categoria “Recuperação pós-operatória (F)”. Nesta, a preocupação girou em torno do tempo necessário de afastamento para a recuperação cirúrgica e o retorno às atividades de trabalho.

Para as mulheres, foi observado relato referente ao papel de cuidadora do lar na categoria I (Sintomas clínicos interferindo nas atividades domésticas/diárias), composta por 6,5% das mulheres e 2,7% dos homens. As mulheres citaram que os sintomas clínicos foram fontes de estresse devido interferência nas atividades relacionadas ao “cuidado da casa”, ao passo que os homens referiram que os sintomas interferiram nas

atividades relacionadas às necessidades básicas, como a necessidade de locomoção.

A segunda categoria de estressores mais citada (15,2 %) pelos participantes foi o “Adiamento da cirurgia ou a espera pela mesma” (categoria A) com o desejo de realizar a cirurgia o quanto antes, no qual as mulheres (22,6%) estão em maior frequência, quando comparadas aos homens (12,2%), sem haver diferença estatística significativa entre o gênero. A espera pela realização do ato anestésico-cirúrgico foi considerada por pacientes já revascularizados como um dos obstáculos no processo de viver o momento pré-operatório⁽³⁶⁾.

Talvez o desejo de realização da cirurgia o mais breve possível, tenha ocorrido pelo convencimento de que o ato anestésico cirúrgico é o instrumento de resolução do problema, uma vez que o item 34 do Inventário de Estratégias de *Coping*, “Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria”, e o item 37, “Eu sabia o que deveria ser feito, portanto, dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário”, foram utilizados com frequência “3 - muitas vezes” por 55,2% da amostra total e por 53% dos homens.

A preocupação com o andamento e os resultados da cirurgia (categoria C) foi citada por 14,3% da amostra de pesquisa, sendo que os homens (16,2%), em maior frequência, citaram estas preocupações quando comparados às mulheres (6,5%), porém não houve diferença estatisticamente significativa. As preocupações giraram em torno do fato de ser portador de diabetes mellitus e insuficiência renal e dos resultados da cirurgia sem complicações pós-operatórias que perdurassem na vida futura.

De fato, a literatura mostra complicações neurológicas, cardiopulmonares, renais e de coagulação⁽⁸⁵⁾ como possíveis complicações pós-operatórias de revascularização do miocárdio. Algumas destas complicações podem comprometer a capacidade do indivíduo de exercer suas atividades, de autocuidado ou de execução de atividades diárias e de trabalho, ocasionando dependência e interferindo na qualidade de vida.

Além destas preocupações, relativas às possíveis complicações que implicariam na qualidade de vida após a alta hospitalar, estressores relativos ao pós-operatório imediato e mediato, que compõem a categoria F

(recuperação pós-operatória), apresentaram frequência de 12,4% dos relatos dos participantes. Os mais frequentes foram o desejo de não sentir dor; a recuperação em casa, por morar na casa de uma irmã; o não saber quanto tempo terá de ficar no hospital; o período de retorno ao trabalho; e o fato de ter de ficar deitado. As mulheres referiram medo de acordar com o tubo na boca e de não saber quanto tempo terá de ficar no hospital para recuperação pós-operatória.

O desejo de não sentir dor e o desconforto gerado pela inserção do tubo orotraqueal também foram encontrados em estudo com pacientes cardíacos em pré-operatório⁽³⁷⁾ e a impossibilidade de comunicação pela fala, devido a presença do tubo orotraqueal, o desconforto gerado pela retirada da cânula e a dor na incisão torácica, foram encontrados no relato de pacientes após revascularização cirúrgica do miocárdio⁽³⁶⁾.

A oferta ou a ausência de informações são fontes de estresse entre os pacientes. Entre os homens, a ausência de informações sobre o tempo de permanência hospitalar foi uma preocupação de destaque, pois certamente por dificultar o planejamento de atividades para o retorno ao domicílio. Por outro lado, a informação sobre o tempo médio de permanência hospitalar (13 dias) foi fonte de estresse entre as mulheres, por considerarem um período muito além das próprias expectativas. De fato, maior tempo de permanência hospitalar pode proporcionar vivências variadas aos pacientes, como a quebra da rotina diária, a aceitação da condição de um corpo debilitado que necessita de cuidados externos (profissionais e aparelhos) e também submissão às regras e rotinas hospitalares⁽⁸⁶⁾.

Os estressores relacionados aos aspectos financeiros, relativos à manutenção da família, e às preocupações com familiares doentes foram relatados por 4,8% e 5,7% da amostra total, respectivamente. Uma participante referiu preocupação com a manutenção financeira do filho em universidade fora do país. Este fato exemplifica o ingresso das mulheres na responsabilidade financeira na educação dos filhos, corroborando dados do censo de 2012 (IBGE), o qual discorre sobre a inserção das mulheres no mercado de trabalho e sua presença como responsável pela unidade familiar (16,2% das famílias)⁽⁷⁰⁾. Para os homens, os relatos giraram em torno do

conforto da família, cumprimento com compromissos financeiros e preocupação pela falta de renda fixa (autônomo). Certamente, viver em uma sociedade com poucos recursos de suporte financeiro para doentes e familiares pode ser considerada uma situação geradora de estresse, diante do risco iminente de morte, do desconhecimento da vida futura e da necessidade de interrupção temporária das responsabilidades financeiras para o sustento e as obrigações familiares.

Na presente pesquisa, 7,6 % da amostra total referiram como estressor a vivência de uma situação inesperada (categoria G) ao receber a notícia da necessidade de realização do ato anestésico cirúrgico. Esta situação é bem explicada pelo Modelo Interacionista do Estresse, o qual refere a imprevisibilidade de uma situação e a ausência de recursos e experiências como fatores que colaboram para a percepção de uma situação de ameaça.

Com relação ao estresse causado pelas informações sobre as possíveis complicações pós-operatórias, oferecidas por profissional de saúde a uma mulher durante esclarecimentos sobre a cirurgia, e sobre as consequências da mesma, é importante que as orientações sejam feitas aos pacientes em momento oportuno, com linguagem adequada, para que não seja um fator agravante do estresse. Pelo contrário, que seja fator que auxilie os pacientes a enfrentar o pré-operatório com menos estresse e mais qualidade de vida. De fato, a educação do paciente cirúrgico no pré-operatório pode impactar positivamente em sua vivência no pré e pós-operatório diante do empoderamento do sujeito (paciente), corresponsabilizando-o pelo autocuidado e diante da busca pela interação e compartilhamento de vivências e conhecimentos⁽⁸³⁾.

Estudo que avaliou os resultados de intervenções relacionadas aos aspectos metabólicos, físicos e mentais no pré-operatório de cirurgia cardíaca⁽⁸⁷⁾ utilizou sessões com pacientes e familiares, abordando as formas de lidar com o estresse, nas quais os pacientes discutiam sobre as preocupações que eles experimentaram a respeito da cirurgia. Os autores concluíram que estas intervenções auxiliaram na qualidade de vida no pré-operatório e no pós-operatório.

A respeito do pós-operatório, estudo que tratou do ensino de enfermagem e da dor gerada pela toracotomia, identificou que a verbalização de dor e o consumo de medicações para seu controle (no pós-operatório) foram menores em pacientes que receberam educação pré-operatória quando comparados com os que não receberam, sendo estas diferenças estatisticamente significantes⁽⁸⁸⁾. Outro estudo avaliou o resultado de um vídeo educativo sobre a ansiedade e depressão em pacientes pós-revascularizados e identificou que, após 6 meses, a depressão e a ansiedade se reduziram no grupo que recebeu intervenção educativa com vídeo, ao passo que os pacientes que não a tiveram apresentaram aumento de depressão e praticamente mesmos níveis de ansiedade⁽⁸⁹⁾.

Quanto à ausência de estressores ou preocupações (categoria E), 14,3% da amostra total relataram não estar estressados ou preocupados. Entre os homens, os relatos compuseram frequência de 16,2%, ao passo que as mulheres apresentaram frequência de 6,5%, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os gêneros. Estas frequências podem ter acontecido pela reavaliação da situação como algo irrelevante e não mais ameaçador, ainda, pelo fato de que as mulheres se veem culturalmente em melhores condições, do que os homens, de expressar suas emoções e sentimentos⁽⁹⁰⁾ verbalizando mais abertamente os estressores e as preocupações.

6.6 ESTRATÉGIAS DE *COPING* (DOMÍNIOS) E AÇÕES RELATADAS PARA ENFRENTAR O PRÉ-OPERATÓRIO E SUA RELAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Para a discussão das pontuações dos domínios do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus serão observadas paralelamente as categorias referentes à pergunta **“O que o Sr(a) fez para ajudar a enfrentar esta situação desde quando soube que precisava fazer a cirurgia até o dia de hoje?”**.

Quanto às categorias, observou-se que os relatos dos pacientes, mulheres e homens, foram prioritariamente voltados às estratégias focadas na emoção, de acordo com o quadro 7.

Quadro 7. Paralelo adotado entre as categorias obtidas a partir de pergunta aberta e domínios do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, São Paulo - 2013

Descrição da categoria	Domínio (<i>Coping</i>)	Justificativa do paralelo realizado entre as categorias de ações que ajudaram a enfrentar o pré-operatório e os domínios do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>
A - Apoiou-se na fé, oração, religião	Reavaliação positiva <i>Foco na emoção</i>	1.Reavaliação positiva: Destaca esforços voltados para a reflexão acerca dos aspectos positivos da situação envolvendo crescimento pessoal. Também possui uma dimensão religiosa ⁽⁵⁰⁾ . 2.No caso de enfermidades instaladas, as crenças religiosas funcionam como mediadores cognitivos pela interpretação dos eventos adversos de maneira positiva ⁽⁹¹⁾ .
B - Apoiou-se na família e amigos e outras pessoas	Suporte social <i>Foco na emoção</i>	Descreve a procura por suporte emocional de pessoas os familiares e amigos ⁽⁵⁰⁾ .
C - Procurou atividades para ocupar a mente	Fuga e esquiva <i>Foco na emoção</i>	Descreve esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema ⁽⁵⁰⁾ .
D - Procurou adquirir informações a respeito da cirurgia, cirurgião e hospital	Suporte social <i>Foco no problema</i>	Descreve os esforços de procura de suporte informativo ⁽⁵⁰⁾ .
E - Procurou seguir as orientações médicas	Aceitação da responsabilidade <i>Foco na emoção</i>	Descreve o reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas ⁽⁵⁰⁾ .
F - Agiu como se nada acontecesse, sem fazer nada ou pensar no assunto	Afastamento <i>Foco na emoção</i>	Destaca os esforços de minimização e distanciamento da situação ⁽⁵⁰⁾ .
G - Tentou se controlar se mantendo calmo	Autocontrole <i>Foco na emoção</i>	Descreve a tentativa de controle dos próprios sentimentos e ações ⁽⁵⁰⁾ .
H - Enfrentou a cirurgia como opção de tratamento para melhorar ou resolver o problema de saúde	Reavaliação positiva <i>Foco na emoção</i>	Destaca esforços voltados para a reflexão acerca dos aspectos positivos da situação ⁽⁵⁰⁾ .

Os domínios Confronto e Resolução de problemas, segundo Folkman e Lazarus, são focados no problema, ao passo que Afastamento, Autocontrole, Aceitação da responsabilidade e Reavaliação positiva são domínios descritos com foco na emoção; porém, os autores ressaltam que qualquer ato ou pensamento pode ter mais de uma função de *coping*, dependendo do contexto psicológico em que ocorre⁽⁴⁰⁾.

Com relação à busca por Suporte social, os autores referem que este pode apresentar foco no problema ou na emoção, diante da busca por informação (informações para o cuidado) ou suporte emocional (família e amigos)⁽⁴⁰⁾, respectivamente.

O domínio Confronto foi considerado com foco na emoção neste estudo, tendo em vista as ressalvas de Folkman e Lazarus, quando discorrem que atos e emoções podem ter mais de uma função de enfrentamento. À leitura dos itens que compõem o domínio Confronto observa-se que remetem à exteriorização dos sentimentos, como a raiva, isolamento social e procura por responsabilização de alguém pela situação vivida (“Tentei encontrar a pessoa responsável pelo problema...”, “descontei minha raiva em outras pessoas”, “procurei fugir das pessoas em geral”, “de alguma forma, extravasei meus sentimentos”, entre outros). No caso da situação pré-operatória, o indivíduo não possui ferramentas para alterar a situação (não realizar a cirurgia), apenas há manifestação de sentimentos sem ações direcionadas à resolução do problema.

Desta forma, optou-se por desenvolver a discussão por domínios: Resolução de problemas, Reavaliação positiva, Suporte social, Fuga e esquiva, Aceitação da responsabilidade, Autocontrole, Afastamento e Confronto.

Na verificação das médias das pontuações dos domínios do Inventário de Estratégias de *Coping*, observou-se, na amostra total, que as maiores médias foram encontradas para os domínios Resolução de problemas (6,46), Reavaliação positiva (6,30) e Suporte social (6,00). Estes mesmos domínios foram os mais pontuados em estudo com pacientes em pré-operatório de cirurgia ambulatorial⁽⁹²⁾. Paralelamente, estudo sobre enfrentamento de pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca

identificou predomínio de *coping* focado no problema⁽⁹³⁾. Com relação ao domínio Resolução de problemas, ao verificar a intensidade de escolha na avaliação do item (“3 - utilizei muitas vezes”) e os itens mais utilizados por mais de 50% de homens e mulheres (“34 - Recusei recuar e batalhei pelo que queria”, citado por 54,3% da amostra total; “37 - Eu sabia o que deveria ser feito, portanto, dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário”, citado por 53,3% da amostra total), percebem-se esforços envolvidos para a resolução da situação. Estes itens vão ao encontro do estressor citado “Adiamento/espera pela cirurgia (categoria A)”. Verifica-se, para esta amostra de pacientes, que a vontade de realização do procedimento anestésico-cirúrgico tem significado de resolução de problemas, ao possibilitar a extinção do risco iminente de infarto agudo do miocárdio fulminante e, portanto, a manutenção da vida, conforme também foi encontrado em outro estudo com pacientes revascularizados⁽³⁶⁾.

A respeito do domínio Reavaliação positiva e religiosidade, é interessante notar que a categoria A (apoio na fé, oração e religião) foi composta por 42,9% dos relatos dos participantes. De fato, crenças e práticas espirituais/religiosas estão presentes na vivência de indivíduos que convivem com doença cardíaca após angioplastia⁽⁹⁴⁾ e de indivíduos que vivenciaram acometimentos cardíacos (infarto agudo do miocárdio, revascularização do miocárdio ou que tiveram o diagnóstico de DAC confirmado)⁽⁹⁵⁾. A respeito de enfrentamento religioso e cirurgia cardíaca, estudo identificou que a oração no pré-operatório esteve relacionada a menos fadiga mental no pós-operatório (seguimento de 30 meses) e que os homens apresentaram maior fadiga mental⁽⁹⁶⁾.

Na verificação da categoria “A” entre homens e mulheres, observou-se que houve predominância do grupo de mulheres (54,8 %) quando comparadas aos homens (37,8 %), porém não houve diferença com significância estatística entre gênero. Ao verificar o item “44 - Rezei” do Inventário de Estratégias de *Coping*, a frequência “3 - usei muitas vezes” foi maior entre as mulheres (96,8 %) do que entre os homens (74,3 %), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,016$). Esta associação entre religiosidade e mulheres foi encontrada também em estudo com 3.007

brasileiros identificou que o sexo feminino se associou a maiores níveis de religiosidade subjetiva (o quanto a religião é importante) e religiosidade organizacional (frequência de procura por serviços religiosos)⁽⁹⁷⁾.

Na amostra total, foi verificada significância estatística ($p=0,014$) para a crença religiosa e Reavaliação positiva, sendo que aqueles que possuíam crença apresentaram maior média de pontuação (6,49) para o domínio Reavaliação positiva, quando comparados aos que referiram não ter crença (3,97). Certamente, a ressignificação da situação contida nos itens que compõem o domínio Reavaliação positiva, juntamente com o ato de rezar/orar (item 44), é algo exercido pelos participantes da pesquisa diante da vivência do período pré-operatório de revascularização do miocárdio.

O fato do item “rezar/orar” estar inserido no domínio de Reavaliação positiva se relaciona com a religião como mediadora na interpretação dos eventos da vida pois em estudo de revisão, sobre religiosidade e enfrentamento no contexto de saúde e doença, descreve-se que a adaptação e ajustamento do indivíduo às condições de saúde podem ser favorecidos pelas crenças religiosas que servem como mediadoras na interpretação aos eventos adversos de maneira positiva⁽⁹¹⁾. Outro estudo, com pacientes revascularizados, mostra que os recursos espirituais foram uma estratégia de enfrentamento utilizada pelos pacientes durante o processo cirúrgico⁽³⁶⁾. Em paralelo a estes achados, estudo com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca cita que *“os sentimentos de fragilidade e impotência fazem com que o corpo enfermo procure amparo na fé e na religiosidade”*⁽³⁵⁾.

Observa-se que, nestas situações, a religião contribui para interpretação e ressignificado da enfermidade e, também, é a forma encontrada para o suporte e o amparo necessário para enfrentar o processo cirúrgico cujo órgão-alvo, o coração, tem conotação emocional importante.

Outra variável que apresentou, na amostra total, resultado estatisticamente significativo ($p < 0,001$) com a Reavaliação positiva foi a situação civil, na qual os viúvos apresentaram maior média de pontuação (7,96) em relação aos casados/união consensual (6,20). Sobre experiências de perda e ressignificação, estudo que tratou de envelhecimento humano, perdas e lutos entre mulheres mostra que as grandes transformações alteram

a vida como um todo e contribuem para novas tentativas de soluções e de autoconhecimento para oferecer melhor sentido ao que se viveu⁽⁹⁸⁾.

Ao identificar os itens que apresentaram respostas com frequência de utilização “3 - usei muitas vezes” por mais de 50% de homens e mulheres, verifica-se que tais itens estão voltados à esta ressignificação, de forma que as mulheres se destacaram em dois itens: 16 - “Mudei ou cresci como pessoa de maneira positiva” (61,3%) e item 21 - “Saí da experiência melhor do que esperava” (54,8%). Para estes mesmos itens, as mulheres e os homens apresentaram frequência relativa de 50,0% e 37,8%, respectivamente.

Ainda no que se refere à Reavaliação positiva, a atitude de entender a cirurgia como forma de tratamento e melhoraria das condições de saúde (categoria H) foi citada por 8,6% da amostra total. Esta mesma avaliação da cirurgia como ferramenta que viabiliza a vida foi observada em pacientes no período pós-operatório de revascularização do miocárdio⁽³⁶⁾. Embora a cirurgia represente uma fonte de ameaça, significa resolução do problema (grau de comprometimento coronariano e risco de morte) ao permitir a manutenção da vida.

Juntamente com a procura por apoio na fé, na oração e na religião, o apoio da família, dos amigos e de outros (categoria B) foi a categoria que apresentou maior frequência relativa (42,9 %) na amostra total. O suporte social pode ser definido como um processo de interação entre pessoas ou grupos que estabelecem vínculos, de amizade ou de informação, através de apoio material, emocional e afetivo⁽⁹⁹⁾ e foi uma das estratégias adotadas por pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca⁽³⁷⁾ e também foi, juntamente com o enfrentamento religioso, umas das principais estratégias utilizadas entre pacientes que tiveram diagnóstico de DAC e acometimentos cardíacos⁽⁹⁵⁾.

Neste estudo, o item “12 - Aceitei a simpatia e compreensão das pessoas” foi verbalizado como “3 - usei muitas vezes” por 67,7% das mulheres e 56,8% dos homens; o item “33 - Falei com alguém sobre como estava me sentindo” foi utilizado “3 - usei muitas vezes” por 51,6% das

mulheres e 41,9% dos homens, porém não houve diferença estatisticamente significativa com relação ao gênero. A maior utilização destes itens, por parte das mulheres poderá ser analisada pela ótica dos estereótipos de traços de gênero, com a associação da mulher à expressividade de sentimentos e emoções^(25,90). A respeito do membro familiar que serve de apoio social para pacientes coronariopatas, estudo discorre que os homens relataram receber maior apoio das esposas enquanto que as mulheres não relataram receber maior apoio dos maridos⁽¹⁰⁰⁾.

O domínio Suporte social apresentou relação estatisticamente significativa ($p=0,033$) com o fator de risco hipertensão arterial. Neste sentido, estudo aponta que o suporte familiar, com destaque para cônjuges, filhos e irmãos, é a principal fonte de apoio para pacientes hipertensos, nos âmbitos emocional e material (companhia social e guia cognitivo) auxiliando no enfrentamento da situação de adoecimento e dificuldades⁽¹⁰¹⁾. De fato, a família é considerada como fonte de solidariedade para seus membros, sendo a primeira fonte de proteção e segurança contra as dificuldades, na qual se constroem as relações de amor, carinho e desenvolvimento de seus membros⁽⁷⁰⁾, configurando-se como a primeira fonte de suporte social para os idosos⁽¹⁰²⁾.

No que se refere ao suporte social focado no problema (procura por informações), os homens chamaram a atenção, pois a categoria D (Procurou adquirir informações a respeito da cirurgia, cirurgião e hospital) foi citada por 8,1% dos homens e em menor porcentagem pelas mulheres (3,2%).

Quanto ao domínio Fuga e esquiva, este apresentou relação fraca e inversa, porém estatisticamente significativa com a escolaridade ($p=0,030$), ou seja, quanto foi menor a escolaridade, maior foi o uso de comportamentos focados na fuga e esquiva do problema. Com isto, pode-se inferir que indivíduos com maior escolaridade têm mais recursos para aquisição de informações (suporte informativo), que podem contribuir para a maior busca de resolução do problema e menor fuga do mesmo, pois em estudo com pacientes em hemodiálise, foi verificado que os pacientes com maior escolaridade (doze anos de escolaridade ou mais) apresentaram maior uso de estratégias voltadas à Resolução de problemas⁽⁷⁹⁾.

A renda familiar foi outra variável sociodemográfica que apresentou relação fraca e inversa, porém com significância estatística ($p < 0,001$), com o uso da Fuga e esquiva. Semelhantemente, em estudo com 4.583 indivíduos, foi verificado que a percepção de estresse esteve relacionada com baixo e médio níveis de renda⁽¹⁰³⁾.

O nível socioeconômico é pontuado pelo Modelo Interacionista do Estresse como um fator moderador no processo que envolve a percepção do estresse⁽⁴⁰⁾. Talvez, o nível socioeconômico seja um fator que influencie também na determinação das estratégias de Fuga e esquiva, pois em estudo com pacientes portadores de HIV, foi identificado que o comportamento de esquiva prevaleceu entre pessoas e grupos sociais desfavorecidos e com baixa renda⁽¹⁰⁴⁾.

Com relação ao relato de ações voltadas à fuga e esquiva, nesta amostra de estudo, somente os homens (13,5 %) relataram ações (categoria C - Procurou atividades para ocupar a mente) características desta estratégia de *coping*, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p = 0,031$). Em outro estudo, que discorre sobre estratégias de enfrentamento diante do diagnóstico de DAC ou eventos cardíacos, encontrou-se que, após tais eventos, os homens utilizam (além da aceitação, religião e crescimento pessoal) atividades voltadas à distração, ao passo que, para as mulheres, após eventos cardíacos, não foi descrita a mesma preferência por este tipo de estratégia⁽⁹⁵⁾.

O domínio Fuga e esquiva também se relacionou com o tipo de cirurgia, de modo que os internados para cirurgia conjugada apresentaram ($p = 0,005$) maior pontuação para Fuga e esquiva (8,33), quando comparados aos internados para cirurgia isolada (5,54). Talvez a avaliação de uma cirurgia conjugada seja entendida como uma cirurgia ainda mais complexa levando à procura de enfrentamento focado em atividades que evitem o pensamento sobre a situação vivida.

A respeito dos fatores de risco, houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,042$) para o domínio Fuga e esquiva e diabetes mellitus, com os diabéticos apresentando menor média (5,11) quando comparados aos não diabéticos (6,37). Talvez o fato de lidar constantemente com o

tratamento medicamentoso, com a necessidade de mudanças de hábitos de vida e com o controle glicêmico aproximem constantemente os pacientes diabéticos ao contexto de saúde e doença, levando-os a buscar o enfrentamento ativo, focado na doença. Tal reflexão é condizente com os achados de estudo que tratou da vivência de indivíduos portadores de diabetes mellitus, no qual foram identificados elementos presentes na vida dos diabéticos, como a aceitação da doença, a incorporação de cuidados no cotidiano e a disposição na superação de dificuldades⁽¹⁰⁵⁾.

Quanto ao domínio Aceitação da responsabilidade, o item 20 (Compreendi que o problema foi provocado por mim) do Inventário de Estratégias de *Coping* foi referido com frequência “3 - usei muitas vezes” por metade dos homens (50%) e apenas 22,6% das mulheres, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,017$). Este resultado levantou os seguintes questionamentos: Será que os homens se sentem mais culpados pela situação da doença? Será que devido à ausência de hábitos de vida voltados à prevenção de doenças e à menor procura por serviços de saúde os levam a sentir culpa pela situação de adoecimento? Estas questões certamente perpassam por assuntos relativos ao gênero, pois os homens foram relacionados à pouca procura por serviços de saúde⁽¹⁰⁶⁾, sendo que a procura por ajuda se dá quando a dor, ou o acometimento, se torna insuportável e quando há a impossibilidade de trabalhar⁽¹⁰⁷⁾.

No que se refere aceitação de responsabilidade com ações ativas de enfrentamento, a categoria E (Procurou seguir as orientações médicas) foi citada por 12,9% das mulheres e 5,4% dos homens, porém estas diferenças não foram estatisticamente significantes. Estas frequências relativas sugerem que mulheres buscam mais assistência à saúde, incluindo sua responsabilidade nos acometimentos de saúde que vivenciam. As diferenças de gênero existem na procura pelos serviços de saúde diante do fato de que as mulheres estão mais envolvidas com o cuidado à saúde na perspectiva da prevenção, ao assumirem a responsabilidade de realização de exames preventivos ginecológicos e de mamas, o que as levam a procurar com mais frequência os serviços de saúde (além dos assuntos relativos ao

acompanhamento pré-natal e à puericultura), ao passo que os homens procuram mais os serviços de saúde para tratar de acidentes ou lesões⁽¹⁰⁸⁾.

Com relação ao autocontrole, a categoria G (Tentou se controlar) foi citada por 11,4% da amostra de pesquisa, 14,9 % dos homens e 3,2% das mulheres, não havendo significância estatística nesta diferença de percentuais. Semelhantemente, estudo sobre infertilidade não encontrou diferença estatisticamente significativa entre o domínio Autocontrole e o gênero, com pequena diferença, em frequência, para “usei muitas vezes” entre homens (50,0%) e mulheres (46,0%)⁽¹⁰⁹⁾.

As estratégias de Autocontrole foram mais utilizadas pelos pacientes internados para cirurgia conjugada (6,33), quando comparado com aqueles pacientes internados para cirurgia isolada (4,85), com diferença estatisticamente significativa ($p=0,032$). Este resultado pode estar associado com a percepção de maior gravidade da cirurgia e a necessidade de se manterem emocionalmente controlados para melhor recuperação pós-operatória.

Os pacientes diabéticos apresentaram menor uso (4,45) de Autocontrole, quando comparados aos que não são diabéticos (5,39). Talvez a aceitação da doença, a incorporação de cuidados no cotidiano e a disposição na superação de dificuldades⁽¹⁰⁵⁾ presentes na vida dos diabéticos, colaborem com o fato de maior aproximação com o contexto da doença levando os diabéticos, diante da situação pré-operatória, a necessitar de menos controle de seus sentimentos e emoções, quando comparados aos não diabéticos.

No que se refere ao afastamento, a categoria F (Agiu como se nada acontecesse, sem fazer nada ou pensar no assunto) foi composta por 8,6% da amostra total, sendo que os homens utilizaram com maior frequência esta estratégia (10,8%), quando comparados às mulheres (3,2 %); no entanto, estas diferenças não apresentaram significância estatística. Ao encontro destes achados, a estratégia de Afastamento foi verificada entre as três principais estratégias adotadas em trabalho de estudo de caso com um homem e uma mulher tabagistas diante do diagnóstico de câncer⁽¹¹⁰⁾.

A estratégia de Afastamento esteve relacionado significativamente ($p=0,003$) com o tipo de parentesco no compartilhamento da moradia, de forma que morar com outros familiares (irmãos, tia, neto, noiva, cunhada) levou os pacientes a utilizarem mais Afastamento (média de 6,03) na comparação com aqueles que compartilham moradia com cônjuge (4,2) ou com cônjuge e filhos/enteados (4,04). Tal resultado levou à reflexão de que pode ser que as famílias constituídas por cônjuges e filhos se configurem como maior rede de apoio e espaço de discussão a respeito do procedimento cirúrgico, resultando em menor uso de comportamentos de distanciamento de uma situação avaliada como ameaçadora.

6.7 CORRELAÇÃO DAS MÉDIAS DE PONTUAÇÃO OBTIDAS NA ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (PSS-14) E NOS DOMÍNIOS DO INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING* DEFOLKMAN E LAZARUS

Os domínios Fuga e esquiva e Confronto também se relacionaram de maneira estatisticamente significante ($p<0,001$; $r=0,378$ e $p=0,001$; $r=0,298$ respectivamente) com as pontuações de estresse, de forma que, quanto maior a Fuga e esquiva maior a pontuação de estresse e quanto maior o Confronto, maior a pontuação de estresse na amostra desta pesquisa. Ao analisar os domínios de *coping* e pontuações de estresse entre os homens que compuseram a amostra, observou-se que quanto maior os escores de estresse, maior o uso dos domínios Confronto ($p=0,005$ e $r=0,327$), maior Fuga e esquiva ($p<0,001$, $r=0,407$) e maior Afastamento ($p=0,028$, $r=0,258$). Ao realizar a mesma análise entre as mulheres, não foram observadas correlações com significância estatística entre as pontuações de estresse e domínios de *coping*. Corroborando estes resultados, estudo com pacientes em tratamento quimioterápico de câncer colorretal identificou semelhante relacionamento entre o domínio Confronto e as pontuações de estresse, identificando que quanto maior o estresse, maior o uso do domínio Confronto⁽⁷⁸⁾.

6.8 AÇÕES DE ENFERMAGEM A PARTIR DA DISCUSSÃO REALIZADA (REFLEXÕES)

Diante desta discussão, seguem algumas reflexões a respeito de algumas ações de enfermagem, tendo em vista não só os resultados que apresentaram significância estatística entre gêneros, mas também os que chamaram atenção com relação aos estressores, *coping* e variáveis sociodemográficas e clínicas na amostra total.

As reflexões estão elencadas por números conectados a linhas, conforme figura 4.

Figura 4. Representação gráfica sobre reflexões a respeito de ações de enfermagem, de acordo com a discussão realizada, São Paulo - 2013.

1. Considerar que os pacientes candidatos à revascularização cirúrgica do miocárdio diferem em suas características sociodemográficas. Estas características podem se relacionar significativamente com formas diferentes de estratégias de *coping* focadas na emoção, como Fuga e esquiva e Reavaliação positiva.
2. Considerar que o fato de ser ou não portador de fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial ou diabetes mellitus) pode se

relacionar com determinadas estratégias de *coping* focadas na emoção (Reavaliação positiva e Autocontrole). Certamente, estas estratégias resultam de suas vivências de vida e experiências quanto ao controle dos fatores de risco.

3. O fato de saber que terá de se submeter a duas cirurgias cardíacas ao mesmo tempo (conjugada) pode gerar a busca mais intensa por determinadas estratégias de *coping* focadas na emoção (Autocontrole e Fuga e esquiva), diferentemente de quando o paciente sabe que terá de se submeter a apenas um tipo de cirurgia. Isto talvez possa ser explicado pela avaliação de uma situação (cirurgia) mais complexa.
4. Considerar que homens e mulheres podem não diferir, com significância estatística, quanto às pontuações de estresse, mas reconhecem o período pré-operatório de revascularização do miocárdio como estressante e desenvolvem mecanismos de enfrentamento. As mulheres podem possuir maior preocupação com anestesia/ esternotomia / porte da cirurgia, por ser o coração o órgão-alvo, ao passo que os homens relatam que procuraram evitar a situação com busca por atividades para ocupar a mente.
5. Realizar visita pré-operatória de enfermagem e favorecer a expressão dos pacientes quanto a seus medos e preocupações (diante do interesse do paciente) e esclarecer todas as dúvidas a respeito dos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, para tornar estes momentos menos desconhecidos.
6. Elaborar materiais educativos a respeito da trajetória do paciente no pré, no trans e no pós-operatório, conscientizando-o sobre cada fase, a começar pelo preparo pré-operatório (e suas justificativas), envolvendo o paciente ao máximo em seu autocuidado e, assim, talvez possa ser favorecida a percepção do paciente a respeito da controlabilidade, mesmo que parcial (autocuidado), da situação.

Os materiais educativos podem também favorecer a informação sobre como será os momentos iniciais no centro cirúrgico antes da indução anestésica e como serão os primeiros momentos no pós-operatório, destacando o manejo da dor e as formas de reduzir o incômodo causado pelo tubo endotraqueal. Estes materiais educativos podem ser folders ou vídeos contendo fotos da equipe de enfermagem, da equipe de cirurgiões, da equipe de anestesiológicos e dos demais profissionais atuantes em centro cirúrgico de cirurgia cardíaca, bem como fotos da estrutura física da sala de cirurgia e da unidade de tratamento intensivo, objetivando a visualização das pessoas e ambientes (envolvidos na experiência cirúrgica vivida pelos pacientes), tomando-os menos desconhecidos.

7. Trabalhar com equipe multiprofissional, como psicólogos e terapeutas ocupacionais, no pré-operatório mediato, diante de estressores referentes ao medo da morte, e esforços relacionados positivamente com maior nível de estresse, como tentativa de Fuga e esquiva da situação, Afastamento e Confronto.
8. Valorizar ações referentes à mudança de estilo e hábitos de vida no pré-operatório, e reforçar a importância de sua continuidade no pós-operatório.
9. Atentar para os aspectos religiosos e espirituais fortemente presentes entre os brasileiros, e evidenciados nesta amostra de estudo, favorecendo o contato do paciente internado com líderes religiosos sempre que o houver manifestação de interesse, tendo em vista o apoio na fé e na oração procurado pelas mulheres e pelos homens deste estudo.
10. Favorecer o ambiente calmo em sala cirúrgica, para que paciente possa realizar suas orações, caso deseje, após sua entrada em sala cirúrgica.

11. Sempre que possível, valorizar a participação de familiares ou pessoas significativas para o paciente, em consultas pré-operatórias, durante a internação (seja como acompanhante ou como visitante nos horários de visita) e no pós-operatório, tendo em vista o suporte emocional que familiares e amigos representam para o paciente.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Os resultados levaram às seguintes conclusões:

Com relação à caracterização sociodemográfica e clínica, observou-se que:

- A idade média de homens e mulheres foi, respectivamente, 59,3 anos e 61,9 anos, não havendo diferença estatisticamente significativa. Predominou (69,1%), entre os participantes, o ensino fundamental (completo ou incompleto).
- Quase a totalidade dos participantes (94,3%) reside no estado de São Paulo. Todas as mulheres são mães e quase todos os homens (95,9 %) são pais. As mulheres moram predominantemente com esposo e filhos (32,3%), somente com filhos (16,1%) ou sozinhas (16,1%), ao passo que os homens moram predominantemente com esposa (32,4%) ou com esposa e filhos/enteados (36,5%), não havendo diferença estatisticamente significativa entre os gêneros. Houve diferença estatisticamente significativa para as mulheres quanto à viuvez ($p=0,035$). Praticamente a totalidade das mulheres (96,8%) e dos homens (91,9%) referiu possuir crença religiosa.
- Com relação à ocupação, predominou, entre os participantes, a condição de aposentado/pensionista (40,0%) e autônomo (26,7%). As mulheres diferiram (13,3%) dos homens (0,0%) para a ocupação “Atividades do lar”, enquanto os homens (35,1%) diferiram das mulheres (6,5%) para a condição de autônomo, sendo estas diferenças estatisticamente significantes ($p<0,001$). Praticamente metade (51,7%) pertence às classes econômicas B2 e C1 e 51,4% da amostra referiu ser arrimo de

família. Para os homens, os principais dependentes da renda familiar, além dos mesmos, foram cônjuge e filhos (39,7%) ou cônjuge (30,1%) e para as mulheres, além das mesmas, foram cônjuge (32,3%), cônjuge e filhos (25,8%) ou filhos e netos (22,6%), não havendo diferença estatisticamente significativa com relação ao gênero.

- Para as mulheres, o tempo de diagnóstico médico de DAC e o tempo de indicação para a cirurgia foram de 264,1 dias e 92,4 dias, respectivamente. Para os homens, estas médias foram, respectivamente, de 216,7 dias e 80,2 dias, porém estas diferenças não foram estatisticamente significantes.
- Quase a totalidade (95,0%) dos participantes foram internados via Sistema Único de Saúde e 41,9% das mulheres referiram dispor de um acompanhante durante a internação, diferentemente dos homens (24,3%), porém não houve significância estatística nesta diferença. Uma minoria dos participantes (9,5%) estava internada para cirurgia conjugada e quase a totalidade referiu não possuir dor ou desconforto. As artérias com maior frequência de acometimentos foram: descendente anterior (85,1%), coronária direita (74,5 %) e circunflexa (60,6%).
- Quanto aos fatores de risco, predominou na amostra, hipertensão arterial (83,7%) e dislipidemia (74,0%). As mulheres (96,8%) diferenciaram dos homens (78,1%) de forma estatisticamente significativa para hipertensão arterial ($p=0,018$) e para diabetes mellitus ($p=0,032$), o qual foi mais frequente nas mulheres (76,1%) do que nos homens (38,4%).
- Praticamente metade dos participantes (58,1%) referiu experiências cirúrgicas anteriores, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,003$) para as mulheres (83,3%) quando comparadas aos homens (51,4%). Predominaram, entre as mulheres, cirurgias dos sistemas cardiovascular (12,9%) e reprodutor (54,8%), quando comparadas aos homens (1,4% e

7,2%, respectivamente), cujas diferenças foram estatisticamente significantes ($p < 0,001$ e $p = 0,031$, respectivamente).

Quanto às pontuações de estresse, observou-se que:

- A média de pontuação de estresse para as mulheres e homens foi, respectivamente, 22,5 e 19,6. Esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Quanto ao uso das estratégias de coping, de acordo com os domínios do Inventário de Estratégias de *Coping*, observou-se que:

- Não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros para os domínios do Inventário de Estratégias de *Coping*. Entre os participantes, os domínios Resolução de problemas, Reavaliação positiva e Suporte social apresentaram maiores médias de pontuação, enquanto os demais domínios apresentaram médias de pontuação segundo a seguinte ordem decrescente: Fuga e esquiva > Aceitação da responsabilidade > Autocontrole > Afastamento > Confronto.

Quanto aos estressores ou preocupações no pré-operatório, referidos pelos participantes da pesquisa, observou-se que:

- Entre os participantes, os estressores ou as preocupações relatados foram, em ordem decrescente de frequência relativa (%): Medo de morrer > adiamento/espera pela cirurgia > Preocupação com andamento/ resultados da cirurgia > Recuperação pós-operatória > Medo do procedimento (Ocoração com problemas/anestesia/esternotomia) > Novidade da situação/surpresa > Outros > Familiares com problemas de saúde > Cuidados com a família: aspectos financeiros > Equipe de saúde: orientações pré-operatórias e

conduta terapêutica> Sintomas clínicos interferindo nas atividades diárias/domésticas. Quinze participantes (14,3%) referiram que não se estressaram. Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,009$) entre mulheres (22,6%) e homens (5,4%) quanto ao medo do procedimento (o *coração* com problemas/anestesia/esternotomia).

Quanto às ações que ajudaram a enfrentar o pré-operatório, referidas pelos participantes, observou-se que:

- Entre os participantes, as ações relatadas foram, em ordem decrescente de frequência relativa (%): Apoiou-se na fé, oração, religião = Apoiou-se na família e amigos e outras pessoas > Tentou se controlar se mantendo calmo > Procurou atividades para ocupar a mente > Agiu como se nada acontecesse, sem fazer nada ou pensar no assunto = Enfrentou a cirurgia como opção de tratamento para melhorar ou resolver o problema de saúde > Procurou seguir as orientações médicas > Procurou adquirir informações a respeito da cirurgia, cirurgião e hospital. Houve diferença estatisticamente significativa entre homens (13,5 %) e mulheres (0 %) quanto ao relato de procura por atividades para ocupar a mente.

Quanto à relação existente entre as características sociodemográficas e clínicas com a percepção de estresse e com as estratégias de *coping*, observou-se que:

- Entre os participantes, quanto menor a renda familiar maior o uso de Fuga e esquiva, cuja relação foi fraca, porém estatisticamente significativa ($p<0,001$, $r = -0,33$) e quanto menor a escolaridade maior o uso da estratégia de Fuga e esquiva, sendo esta relação fraca, porém estatisticamente significantes ($p=0,030$, $r = -0,21$).
- Os participantes que residem com outros familiares (noiva, tia, neto, irmãos, irmão e cunhada, mãe ou pai) apresentaram maior uso do domínio Afastamento quando comparados aos que residem com

cônjuge ($p=0,003$) ou com cônjuge e filhos/enteados ($p=0,003$) e os que são viúvos apresentaram maior uso de Reavaliação positiva ($p < 0,001$) quando comparados aos casados/união consensual.

- Os participantes que disseram ter crença religiosa apresentaram maior uso do domínio Reavaliação positiva ($p=0,014$) quando comparados aos que referiram não possuir.
- Os participantes internados para cirurgia de revascularização do miocárdio conjugada apresentaram maior uso de Fuga e esquiva ($p=0,005$) e Autocontrole ($p=0,032$) quando comparados aos pacientes internados para cirurgia de revascularização isolada.
- Os participantes hipertensos apresentaram maior uso do domínio Suporte social ($p=0,033$) e da Reavaliação positiva ($p=0,032$) quando comparados aos não hipertensos, enquanto os diabéticos apresentaram menor uso do domínio Autocontrole ($p=0,016$) e do domínio Fuga e esquiva ($0,042$) quando comparados aos que não são diabéticos.

Quanto à relação entre a percepção do estresse e as estratégias de *coping*, observou-se que:

- Entre os participantes, quanto maior a pontuação de estresse, maior o uso do domínio Confronto (relação fraca, $r= 0,298$, porém estatisticamente significativa com $p=0,001$); quanto maior o estresse, maior o uso do domínio Fuga e esquiva (relação fraca, $r= 0,378$, porém estatisticamente significativa, com $p < 0,001$). Entre as mulheres, não foram observadas correlações entre as pontuações de estresse e domínios de *coping*. Entre os homens, quanto maior o uso do domínio Confronto ($p=0,005$ e $r=0,327$), de Fuga e esquiva ($p<0,001$, $r=0,407$) e de Afastamento ($p= 0,028$, $r=0,258$), maior as pontuações de estresse, sendo estas três relações fracas, porém estatisticamente significantes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1 REFLEXÕES A RESPEITO DO DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO: LIMITES

Durante o desenvolvimento do estudo, observaram-se a reduzida quantidade de trabalhos que tratam do estresse e *coping* de pacientes em pré-operatório de revascularização do miocárdio e a ausência de trabalhos que abordam questões relativas ao gênero em situações pré-operatórias.

Observou-se, também, ausência de instrumento específico de avaliação do estresse e estratégias de *coping* para pacientes com coronariopatias, ou para pacientes cirúrgicos, que fossem mais adequados ao perfil dos pacientes desta amostra de estudo, o que pode ser suprido com estudos que objetivem construir novos instrumentos destinados a indivíduos coronariopatas e cirúrgicos.

É válido ressaltar também que a coleta de dados foi realizada no pré-operatório imediato, quando o paciente sabia que iria realizar a cirurgia no dia seguinte, lembrando o paciente de que suas respostas deveriam considerar os sentimentos e os pensamentos percebidos durante o último mês até a data da coleta de dados e que a frequência de utilização das estratégias de *coping* deveriam referir-se “*desde o dia em que soube da necessidade da cirurgia até o dia de hoje*”(dia da coleta de dados), para que as respostas fossem dadas a respeito da vivência no pré-operatório mediato e imediato. Outros estudos podem ser feitos, a fim de verificar mais detalhadamente o estresse e o *coping* nos dois momentos do pré-operatório: mediato e imediato.

8.2 REFLEXÕES A RESPEITO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE QUE VIVENCIA O PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Os achados deste estudo demonstram que não há diferença de gênero quanto às pontuações de estresse e às estratégias de *coping* segundo o Inventário de Estratégias de *Coping*. No entanto, ao possibilitar à amostra de estudo um espaço para expressarem seus medos e ações frente ao pré-operatório, as mulheres se diferenciaram dos homens quanto aos medos e as preocupações relativas à cirurgia e ao pós-operatório, enquanto os homens se diferenciaram das mulheres quanto à determinada estratégia de *coping* para lidar com o estresse percebido (focada na emoção). Algumas variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como alguns estressores, como o medo da morte e as estratégias de *Coping* voltadas à religiosidade e apoio familiar e de amigos, chamaram a atenção para ambos os gêneros. Diante disto, cabe aos profissionais de saúde desenvolverem ações para auxiliar o paciente a vivenciar este período com menor estresse e melhor recuperação pós-operatória, com mais qualidade de vida.

A educação do paciente cirúrgico deve existir de acordo com o perfil e com as demandas desses pacientes. O enfermeiro possui papel importantíssimo, no desenvolvimento de ações voltadas à “*interação com o paciente e família, com a finalidade de elucidar dúvidas e promover um vínculo entre o desconhecido e o conhecido, isto é, entre os períodos pré-operatório e transoperatório*”⁽⁸²⁾.

Uma forma de o enfermeiro atuar neste processo é através do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatório (SAEP). Este modelo tem por base o atendimento das necessidades dos pacientes submetidos ao processo cirúrgico e tem como premissa básica operacionalizar os conceitos de assistência de enfermagem integral, individualizada, sistematizada, participativa, documentada e avaliada⁽⁸²⁾. Para tanto, tal modelo considera a assistência de enfermagem nos períodos pré, trans e pós-operatórios⁽¹¹¹⁾.

Para se alcançar esta assistência humanizada, é necessário atentar para o processo de cuidar dentro do centro cirúrgico. Em meio a

tantos equipamentos tecnológicos e normas (tecnologias duras), presentes nos processos de trabalho que ocorrem dentro do centro cirúrgico de cirurgia cardíaca, o enfermeiro deve lançar mão de tecnologias leves (as quais existem a partir do relacionamento entre pessoas e condensam as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo e autonomização⁽¹¹²⁾), para dirigir uma assistência de enfermagem voltada aos aspectos psicossociais que envolvem o estresse e *coping* dos pacientes em pré-operatório. É por meio da identificação da percepção do estresse, dos estressores e das estratégias de *Coping* que se tem subsídios para elaboração de um plano de enfermagem voltado para a redução do estresse pré-operatório e para o auxílio na vivência do momento que antecede à cirurgia com mais qualidade de vida, pois os estressores podem ser alvo de intervenção e as estratégias de *Coping* podem ser instrumentos para intervenção.

A forma de viabilizar um plano de enfermagem voltada ao estresse e ao *coping* de pacientes em pré-operatório é durante a implementação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), particularmente durante a visita pré-operatória. Para tanto, o enfermeiro deve sair do ambiente restrito e controlado do centro cirúrgico e ir ao encontro do paciente, lançando mão da educação desde o momento em que o paciente soube da necessidade da cirurgia (no ambulatório ou na sala de pós-cateterismo) e não somente no momento de chegada ao centro cirúrgico.

Caso as limitações institucionais de alocação de funcionários em unidades assistenciais não permitam a aproximação do enfermeiro do centro cirúrgico com os pacientes candidatos à revascularização do miocárdio, ainda no ambulatório ou no pós-cateterismo (as avaliações primárias e secundárias do evento certamente começam quando o paciente sabe que terá de operar), ao menos a instituição deve trabalhar para se obter um contingente de profissionais de centro cirúrgico que viabilize a implantação do SAEP, pelo menos a partir do período pré-operatório imediato até o período pós-operatório imediato.

É importante assistir estes pacientes sob a ótica de que as questões de gênero estão presentes no processo de cuidar, pois são trazidas por mulheres e homens no significado do *ser mulher* e do *ser homem* em nossa sociedade, uma vez que, dependendo da complexidade de um evento e das situações que oferecem poucas condições de serem alteradas, como a cirurgia de revascularização do miocárdio, homens e mulheres podem reagir de forma semelhante, com predomínio do uso de estratégias com foco no problema (maior média de uso de Resolução de problemas) e na emoção (uso de Reavaliação positiva e Suporte social), sendo que as questões relativas ao gênero podem aparecer ao se dar abertura para que os pacientes relatem suas emoções como, por exemplo, aconteceu neste estudo, quando homens e mulheres se diferenciaram quanto a um tipo de ação para enfrentar a situação pré-operatória e quanto a um estressor.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Geneva; 2011.
- 2 Pan American Health Organization. Health in the Americas. Edition: Country Volume. Washington; 2012.
- 3 World Health Organization. The Atlas of Heart Disease and Stroke. Geneva; 2004. Disponível em: [http://www.who.int/cardiovascular _ diseases/resources/atlas/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/)
- 4 Brydon L, Strike PC, Bhattacharyya M R, Whitehead D L, McEwan J, Zachary I, et al. Hostility and physiological responses to laboratory stress in acute coronary syndrome patients. *J Psychosom Res.* 2010; 68:109–16.
- 5 Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999April: 2192-217.
- 6 Kivimäki M, Nyberg ST, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, Casini A, et al. Associations of job strain and lifestyle risk factors with risk of coronary artery disease: a meta-analysis of individual participant data. *CMAJ.* 2013;185(9):763-9.
- 7 Brezinka V, Kittel F. Psychosocial factors of coronary heart disease in women: A Review. *Soc Sci Med.* 1995;42(10):1351- 65.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília; 2013.
- 9 Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Diferenças sexuais na estrutura e função do coração; p.689-90.
- 10 Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Aterosclerose . IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88 Supl I:1-19.
- 11 Favarato MECS. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronariana submetidos a diferentes tratamentos: comparação entre gêneros [Internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004 [citado 2013 nov. 10]. Disponível

- em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-17032005-090318/pt-br.php>
- 12 Solimene MC. Coronary heart disease in women: a challenge for the 21st century. *Clinics* 2010;65(1):99-106.
 - 13 Pego-Fernandes PM, Gaiotto FA, Guimarães-Fernandes F. Estado atual da cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Med (São Paulo)*.2008;87(2):92-8.
 - 14 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;3: p. 9-39.
 - 15 Matos M. Teorias de gênero ou teorias e gênero? Se e como os estudos de gênero e feministas se transformaram em um *campo novo* para as ciências. *Estud Fem* .2008;16(2):333-57.
 - 16 Powell GN, Graves LM. Women and men in management. Thousand Oaks; Sage; 2003.Becoming women and men;p.37
 - 17 Okin SM. Gênero, o público e o privado. *Estud Fem*.2008;16(2):305-32.
 - 18 Matud P. Gender differences in stress and coping styles. *Pers Individ Dif*. 2004;37(1):1401-15.
 - 19 Davis MC, Matthews KA, Twamley EW. Is life more difficult on mars or venus? A metaanalytic review of sex differences in major and minor life events. *Ann Behav Med*. 1999;21(1):83-97.
 - 20 Eaton RJ, Bradley G. The role of gender and negative affectivity in stressor appraisal and coping selection. *Int J Stress Manag*.2008 (15): 94–115.
 - 21 Dedovic K, Wadiwalla M, EngertV, Prussner JC. The role of sex and gender socialization in stress reactivity. *Dev Psychol*.2009;45(1):45-55.
 - 22 McLean CP, Anderson ER. Review brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety.*Clin Psychol Rev*.2009; 29(6):496-505.
 - 23 Thoits PA. Gender and marital status differences in control and distress: common stress versus unique stress explanations. *J Health Soc Behav*.1987;28(1):7-22.

- 24 Soskolne V, De-Noura K. The psychosocial adjustment of patients and spouses to dialysis treatment. *Soc Sci Med*.1989;29(4):497-502.
- 25 Jordan C, Revenson T A. Gender Differences in Coping with Infertility: A Meta-Analysis. *J Behav Med*.1999;22(4) 341-58.
- 26 Kort-Butler LA. Coping styles and sex differences in depressive symptoms and delinquent behavior. *J Youth Adolesc*.2009;38:122–36.
- 27 Hanninen V, Aro H. Sex differences in coping and depression among young adults. *SocSci Med*.1996;43(10):1453-60.
- 28 Ellen Li C, Di Giuseppe R, Froh J. The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression. *Adolescence*. 2006;41(163):409-15.
- 29 Heikkila J, Paunonen M, Virtanen V, Laippala P. Gender differences in fears related to coronary arteriography. *Heart Lung*.1999;28(1): 20-30.
- 30 Boutin-Foster C, Charlson M. Do recent life events and social support explain gender differences in depressive symptoms in patients who had percutaneous transluminal coronary angioplasty? *J Womens Health (Larchmt)*.2007;16(1):114-23.
- 31 Tsung HH , Hunter AWJ. Coping, anxiety and quality of life after coronary artery bypass graft surgery. *J Adv Nurs*.2008; 61(6):651-63.
- 32 Heng-Hsin T, Hunter A, Jeng W, Chung-Yi C. Gender differences in in coronary artery bypass graft surgery in Taiwan. *Heart Lung* 2009 ; 38 (6):469-79.
- 33 Moore SM. A Comparison of women's and men's symptoms during home recovery after coronary artery bypass surgery. *Heart Lung* 1995 ;24 (6):495-501.
- 34 King KM, Koop PM. The influence of the cardiac surgery patient's sex and age on care-giving received. *Soc Sci Med*. 1999; 48 (12): 1735–42.
- 35 Souza, RHS. Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca [Internet]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná;2004 [citado 2013 nov. 18]. Disponível em : <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oSouza.pdf>
- 36 Erdmann AL, Lanzoni GMM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes

- submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(1):[8 telas]. Epub 2013 Jan-Fev.
- 37 Fu-Jin S, Meleis A I, Po-Jui Y, Wen-Yu H, Meei-Fang L, Guey-Shiun H . Taiwanese patients' concerns and coping strategies: transition to cardiac surgery. Heart Lung 1998;27: 82–98.
- 38 Daian MR, Petroianu A, Alberti LR, Jeunon EE. Estresse em cirurgias de grande porte. Rev Med Minas Gerais.2010; 20(4): 490-99.
- 39 Lyon BL. Stress, *coping*, and health: a conceptual overview. In: Rice VH. Handbook of Stress, coping and health. Thousand Oaks; Sage; 2000. p.5- 23.
- 40 Folkman S, Lazarus RS. Coping as a Mediator of Emotion. J Pers Soc Psychol.1988;54(1):466-75.
- 41 Lazarus RS. Stress and Emotion: A new synthesis. New York; Springer:1999.p.113-17.
- 42 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem.7ªed.Porto alegre: Artmed; 2011.
- 43 Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia [Internet].São Paulo.[citado 2013 ago. 15]. Disponível em <http://www.dantepazzanese.org.br/institucional.htm>
- 44 Antonietti CC. Percepção de estresse e estilo de *coping* dos pacientes no período pré-procedimentos colonoscópico. [Internet].São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;2012[citado 2013 nov18]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-16032013-132310/pt-br.php>
- 45 Armitage P; Berry G. The planning of statistical investigations. In:Statistical methods in medical research.2ª ed. Oxford: Blackwell; 1987.p.179-85.
- 46 Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critério de Classificação Econômica Brasil [internet]. Rio de Janeiro.[citado 2013 ago.15].
- 47 Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav.1980; 21: 219-39.
- 48 Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. J Pers Soc Psychol.1985;48(1):150-70.

- 49 Savóia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Fokman e Lazarus para o português. *Psicol. USP*.1996;7 (1/2):183-201.
- 50 Ribeiro J P, Santos C. Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Anál. psicol.*2001; 4(XIX): 491-502.
- 51 Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24:385-96.
- 52 Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da escala de estresse percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Públ.*2007;41(4):606-15.
- 53 Mimura C, Griffiths P. A Japanese version of the Perceived Stress Scale: cross-cultural translation and equivalence assessment. *BMCPsychiatry*.2008;85(8):[7 telas].Epub 2008 Sep. 30.
- 54 Al-Dubai Sami AR, Alshagga MA, Rampal KG, Sulaiman NA. Factor structure and reliability of the malay version of the Perceived Stress Scale among malaysian medical students. *Malays J Med Sci.* 2012; 19(3): 43-9.
- 55 Andreou E, Alexopoulos EC, Lionis C, Varvogli L, Gnardellis C, Chrousos GP, Darviri C. Perceived Stress Scale: Reliability and validity study in Greece. *Int J Environ Res Public Health*.2011;8: 3287-98.
- 56 Leung DYP, Lam T, Chan SSC. Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of Chinese cardiac patients who smoke. *BMC Public Health*. [Internet]2010[cited 2013 Nov.16]; 10:513. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20735860>
- 57 Pasquali L. *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*.Petrópolis:Vozes;2009.O coeficiente alfa; p.204-5.
- 58 Francois-Xavier L, Berjot S, Deschamps F. Psychometric properties of the french versions of the Perceived Stress Scale. *Int J Occup Med Environ Health*.2012; 25(2):178 – 84.
- 59 Silva JDT, Müller MC, Bonamigo RR. Estratégias de *copinge* níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *An Bras Dermatol.* 2006;81(2):143-9.
- 60 Pereira, JCR. *Bioestatística em Outras Palavras*. São Paulo: EDUSP; 2010.
- 61 Pereira, JCR. *Análise de dados qualitativos*. São Paulo: EDUSP;1999.

- 62 Siegel S, Castellan NJ. Nonparametric Statistics. 2ª ed. New York: McGraw-Hill;1988.
- 63 Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70;2009.p.121-55.
- 64 Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica.10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 2v.
- 65 Lima FET, Araújo TL, Moreira TMM, Lopes MVO, Medeiros AM. Características sociodemográficas de pacientes submetidos à revascularização miocárdica em um hospital de Fortaleza-Ce.RevRENE.2009 ; 10(3):37-43.
- 66 Fernandes MVB, Aliti G, Souza EN. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [citado 2013 Nov. 16];11(4):993-9. Disponível em : http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a25.pdf
- 67 Carvalho ARS, Matsuda LM, Stuchi RAG, Coimbra JAH. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. REE [Internet]. 2008 [citado 2013 Nov. 16]; 10(2):504-12. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/pdf/v10n2a21.pdf
- 68 World Health Organization. World health statistics 2013. Geneva; 2013.
- 69 Organização Mundial da Saúde. Mulheres e Saúde - Evidências de hoje agenda de amanhã. Geneva; 2009.
- 70 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico Famílias e domicílios. Resultados da amostra. Rio de Janeiro;2010.
- 71 Bertelsmann Stiftung. Religion Monitor. Understanding Common Ground. An International Comparison of Religious Belief. Gütersloh;2013.
- 72 Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1:1.
- 73 Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous Insufficiency and varicose veins. Ann Epidemiol. 2005;15:175–84.
- 74 Lins EM, Barros JW, Apolônio F, Lima EC, Junior MB, Anacleto E. Perfil epidemiológico de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de varizes de membros inferiores. J Vasc Bras. 2012;11(4):301-04.

- 75 World Health Organization. A global brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis. Geneva; 2013.
- 76 Bay E, De-Leon MB. Chronic stress and fatigue-related quality of life after mild-to- moderate traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil. 2011 ; 26(5): 355–63.
- 77 Costa ALS, Chaves EC. Processos de enfrentamento do estresse e sintomas depressivos em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática. Rev Esc Enferm USP.2006; 40(4):507-14.
- 78 Benavente SBT. Diferença de gênero na percepção do estresse e estratégias de *coping* de pacientes em tratamento quimioterápico para câncer colorretal[dissertação].São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.
- 79 Bertolin DC, Pace AE, Kusumota L, Haas V. Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. Rev Esc Enferm USP.2011;45(5):1070-6.
- 80 American Psychological Association [Internet].United States; 2012. Stress in America. Stress by gender. Disponível em: <http://www.apa.org/news/press/releases/stress/2012/gender-report.pdf>
- 81 Mitchell M. General anaesthesia and day-case patient anxiety. J Adv Nurs. 2010; 66(5): 1059–71.
- 82 Galdeano LE, Peniche ACG. Tipos e riscos anestésicos. In: Bianchi ERF, Carvalho R, organizadoras. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007.p.218-39.
- 83 Camponogara S; Soares SGA; Silveira M; Viero CM; Barros CS; Cielo C. Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Rev Min Enferm.2012;16(3): 382-90.
- 84 Vila VSC, Rossi LA, Costa MCS. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. Rev Saúde Pública.2008;42(4):750-6.
- 85 Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da cirurgia de revascularização miocárdica , valvopatias e doenças da aorta. Arq Bras Cardiol.2004; 82 SuplV:S01-20.
- 86 Espinha TG. Vivências de internação de adultos em hospital geral: repensando o cuidado. Campinas: Pontifícia Universidade Católica;2007[citado 2014 mar. 14].Disponível em: <http://www.>

- bibliotecadigital.puccampinas.edu.br/tde_busca/arquivophp?codArquivo=202
- 87 Hadj A, Esmore D, Rowland M, Pepe S, Schneider L, Lewin J, et al. Pre-operative Preparation for Cardiac Surgery Utilising a Combination of Metabolic, Physical and Mental Therapy. *Heart Lung and Circulation*. 2006;15:172–81.
 - 88 Kol E, Alpar SE, Erdogan A. Preoperative education and use of analgesic before onset of pain routinely for post-thoracotomy pain control can reduce pain effect and total amount of analgesics administered postoperatively. *Pain Management Nursing*. 2014;15(1):331-9.
 - 89 Hoseini S, Soltani F, Beygi MB, Zarifsanaee N. The effect of educational audiotape programme on anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft. *J Clin Nurs*. 2013; 22: 1613–9.
 - 90 Barros AC. Experiência do trabalho com pacientes adultas do Hospital Araújo Jorge Private. In: Carvalho MMJ. *Resgatando o viver: Psico-oncologia no Brasil*. São Paulo: Summus;1998.p.104.
 - 91 Faria J B, Seild EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão integrativa da literatura. *Psicol. Refl. Crít.* 2008;18(3):381-9.
 - 92 Moraes LO, Peniche ACG. Ansiedade e mecanismos de *coping* utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(3): 54-62.
 - 93 Umann J, Guido LA, Linch GFC. Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca. *Cienc Cuid Saude* 2010; 9(1):67-73.
 - 94 Peterson JC, Allegrante JP, Pirraglia PA, Robbins L, Lane KP, Boschert KA, et al. Living with heart disease after angioplasty: A qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. 2010;39(2):105-15.
 - 95 Ureña BS, Bonilla PU. Complejo ira – hostilidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular. *Rev.costarric.cardiol*. 2011;13(1):13-8.
 - 96 Ai AL, Wink P, Shearer M. Fatigue of survivors following cardiac surgery: Positive influences of preoperative prayer coping. *Br J Health Psychol* .2012;17:724–42.

- 97 Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010;37(1):12-5.
- 98 Silva JCB. Desenvolvimento humano na velhice: um estudo sobre perdas e o luto entre mulheres no início do processo de envelhecimento [Internet]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2007[citado 2014 mar. 18]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-31012008-162359/pt-br.php>
- 99 Aragão EIS, Vieira SS, Alves MGG, Santos AF. Suporte social e estresse: uma revisão da literatura. *Psicol. em foco*. 2009;2(1):79-90.
- 100 Silvério CD, Dantas RAS, Carvalho ARS. Avaliação do apoio social e de autoestima por indivíduos coronariopatas, segundo sexo. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):407-14.
- 101 Maciel KF. Rede de apoio social de portadores de hipertensão arterial para o cuidado [Internet]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2010 [citado 2013 nov 26]. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/DissertacaoKarineFontanaMaciel.pdf>
- 102 Torres MJ, Ordonez TN, Lima-Silva TB, Domingues MA, Batistoni SST, Melo RC, Et al. Características de rede de suporte social masculina e feminina no quadrante família do Mapa Mínimo de Relações Sociais do Idoso-MMRI, de estudantes frequentadores de Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev. Kairós*. 2012;15(7):53-70.
- 103 Feizi A, Aliyari R, Roohafza H. Association of perceived stress with stressful life events, lifestyle and sociodemographic factors: A large-scale community-based study using logistic quantile Regression. *Comput Math Methods Med*. 2012, Article ID 151865, 12 pages. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23091560>
- 104 Seidl EMF. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicol. estud*. 2005;10(3):421-9.
- 105 Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com *diabetes mellitus* através de um grupo de convivência. *Texto contexto enferm*. 2007;16(1): 105-11.
- 106 Levorato CD. Fatores associados à procura por serviços de saúde: diferenças entre homens e mulheres [Internet]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012 [citado mar. 29]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-21112012-093150/pt-br.php>

- 107 Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Rev Saúde Públ.* 2007;23(3):565-74.
- 108 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro;2010.
- 109 Souza SL. Expressão psicossomática na infertilidade conjugal: investigação dos processos de enfrentamento durante o diagnóstico [Internet]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2005. Disponível em: http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?CodArquivo=2083
- 110 Chaves BL ; Mendes TN. Estratégias de enfrentamento utilizadas para parar de fumar após diagnóstico de câncer: dois estudos de caso. *Psicol. hosp.* 2013;11 (1): 25-51.
- 111 Carvalho R, coordenadora. Centro cirúrgico (CC). In: Práticas Recomendadas SOBECC. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico , Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 6ª ed. São Paulo: Manole;2013.p.115-90.
- 112 Merhy EE, Onocko R, organizadoras. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec;2002.p.121.

APÊNDICES

APÊNDICE A

A.CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Iniciais do nome: _____ **Idade:** _____ anos

Sexo: ☐ feminino ☐ masculino

Escolaridade: última série escolar cursada: _____

Situação civil: ☐ solteiro ☐ casado / união consensual ☐ divorciado
☐ viúvo

Tem filhos: ☐ não ☐ sim ⇒ quantos: _____ idade dos filhos: ____/____/____

Mora com quem: _____

Cidade onde mora: _____

Se mora fora do estado de São Paulo, há quanto tempo está no município de São Paulo e por quê? _____

Possui religião: ☐ não ☐ sim ⇒ qual: _____ ⇒

pratica a religião: ☐ não ☐ sim

Ocupação atual: ☐ Aposentado ☐ Desempregado ☐ Trabalhador com vínculo empregatício ☐ Trabalhador autônomo ☐ Do lar ☐ Outro _____

Houve afastamento da atividade de trabalho: ☐ não ☐ sim: por quê? _____

Arrimo de família: ☐ não ☐ sim **Renda familiar:** _____

Quem depende da renda familiar? _____

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL- ABEP ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA

• Posse de itens

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

• Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginásial completo/	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2

Colegial incompleto		
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

B. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Unidade de internação: ☐ 4º andar ☐ 5º andar

Internação: ☐ SUS ☐ CONVÊNIO

É portador de : ☐ HAS ☐ DM ☐ DLP ☐ Tabagista ☐ Ex- tabagista

Já se submeteu a alguma cirurgia não cardíaca? ☐ não ☐ sim

qual: _____ em ____ / ____ / ____

Será submetido à cirurgia de RM somente? ☐ não ☐ sim

A qual outra cirurgia se submeterá simultaneamente? _____

Cateterismo: _____

Há quantos dias está internado para realização de cirurgia?

☐ 0 — ☐ 1 ☐ 1 — ☐ 2

Tempo do diagnóstico médico: _____

Há quanto tempo soube que precisava se submeter a esta

cirurgia? _____

História familiar de IAM ou angioplastia ou revascularização do

miocárdio? ☐ não ☐ sim. Se sim, _____

Está acompanhado durante internação? ☐ não ☐ sim, por quem? _____

No momento, sente dor ou algum desconforto respiratório? _____

C. LEVANTAMENTO DOS ESTRESSORES E OUTRAS FORMAS DE COPING

1. O que mais estressou ou preocupou o Sr (a) desde que a cirurgia foi marcada até o dia de hoje?

2. O que ajudou o Sr (a) a enfrentar a situação desde quando soube que precisava fazer a cirurgia até hoje?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PESQUISA

Título do Projeto: “Diferenças de gênero na percepção do estresse e nas estratégias de *coping* de pacientes em pré-operatório de revascularização do miocárdio”

Pesquisador Responsável: Gabriela Feitosa Lima (mestranda)

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Lúcia Siqueira Costa

Instituição/Departamento: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem

Local da coleta de Dados: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Prezado(a) senhor (a),

O Sr(a) está sendo convidado(a) para participar deste estudo que tem por objetivo identificar o nível de estresse percebido de homens e mulheres em pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio e as formas como homens e mulheres lidam diante de uma situação estressante como, por exemplo, o fato de se submeter à cirurgia de revascularização do miocárdio. Com esta pesquisa tem-se o intuito de conhecer aspectos psicossociais que permeiam a reação de mulheres e homens frente à necessidade do ato anestésico-cirúrgico de revascularização do miocárdio a fim de se planejar uma assistência de enfermagem cada vez mais humanizada e individualizada aos pacientes que se submetem à cirurgia cardíaca.

A sua participação na pesquisa é livre e voluntária. O Sr(a) pode ainda se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, tratamento clínico e cirúrgico nesta instituição de saúde.

Ao aceitar participar desta pesquisa serão feitas algumas perguntas ao Sr(a) sobre seus dados sócio-demográficos, sobre sua percepção do estresse vivido e sobre as formas que o Sr(a) utilizou para enfrentar o estresse percebido neste período pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio e será realizado ainda um levantamento de dados de sua história

de saúde em seu prontuário. O tempo estimado para que se realize a coleta dos dados citados anteriormente será de 40 minutos.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados no meio científico, porém em momento algum os nomes e informações individuais contidas nos questionários serão divulgados, **mantendo-se o sigilo e anonimato** das informações. **A qualquer momento o Sr(a) pode ter conhecimento dos resultados parciais ou final desta pesquisa** entrando em contato com os pesquisadores via telefone ou e-mail descrito no final deste documento. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o Sr(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo e-mail edipesq@usp.br ou pelo telefone (11) 3061-7548. Uma cópia deste termo será entregue para o Sr(a) e outra ficará sob os cuidados dos pesquisadores.

Declaro que fui suficientemente informada do caráter científico deste trabalho e ficaram claros para mim quais são os objetivos e finalidade do estudo, a garantia de confidencialidade e anonimato das informações e de esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa. Concordo em participar voluntariamente da pesquisa e estou ciente de que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o desenvolvimento do estudo sem qualquer prejuízo ao meu tratamento clínico e cirúrgico.

_____	_____	____:____
Assinatura do pesquisador	data	hora
_____	_____	____:____
Assinatura do paciente	data	hora

Gabriela Feitosa Lima
Enfermeira
Tel.:(11)3554-7260
E-mail: gabi_fei@yahoo.com.br

Ana Lucia S . Costa
Enfermeira
Av.Dr. Enéas de Carvalho
Aguiar, n.419 Cerqueira César,
SP. Cep.:05403-000
Tel.: (11) 3061.7544
E-mail:anacosta@usp.br

ANEXOS

ANEXO 1

INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING* DE FOLKMAN E LAZARUS

A seguir você vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situação de estresse referente ao fato de você ter de se submeter à cirurgia de revascularização do miocárdio. Assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas **desde que você soube da necessidade da cirurgia até hoje**, de acordo com a seguinte escala:

0 – nunca usei, 1 – usei de alguma forma,
2 – usei algumas vezes, 3 – usei muitas vezes

1. Concentrei-me apenas na situação e no que deveria ser feito, para em seguida, pensar no próximo passo para resolver o problema.	0	1	2	3
2. Fiz alguma coisa em que eu acreditava, mesmo que não pudesse dar resultados, mas ao menos eu estava tentando fazer alguma coisa.	0	1	2	3
3. Tentei encontrar a pessoa responsável pelo problema para mudar a sua opinião.	0	1	2	3
4. Conversei com outras pessoas sobre o problema, procurando mais esclarecimentos sobre a situação.	0	1	2	3
5. Me critiquei e me repreendi.	0	1	2	3
6. Tentei não fazer nada que fosse definitivo para resolver o problema, e procurei mais informações sobre ela.	0	1	2	3
7. Agi como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
8. Procurei guardar para mim mesmo os meus sentimentos.	0	1	2	3
9. Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema.	0	1	2	3
10. Dormi mais do que normal.	0	1	2	3
11. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
12. Aceitei a simpatia e compreensão das pessoas.	0	1	2	3
13. A situação levou-me a fazer algo positivo.	0	1	2	3
14. Procurei esquecer a situação desagradável que estava acontecendo.	0	1	2	3
15. Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
16. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
17. Desculpei ou fiz alguma coisa para compensar os danos.	0	1	2	3
18. Fiz um plano de ação para resolver o problema e consegui.	0	1	2	3
19. De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
20. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
21. Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
22. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa	0	1	2	3

concreta sobre o problema.				
23. Enfrentei o problema como um grande desafio e fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
24. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
25. Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
26. Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
27. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
28. Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
29. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre a situação.	0	1	2	3
30. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
31. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
32. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
33. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
34. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
35. Descontei minha raiva em outra pessoa.	0	1	2	3
36. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
37. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto, dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
38. Prometi a mim mesmo, que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
39. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
40. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
41. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
42. Desejei que a situação acabasse, ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
43. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
44. Rezei.	0	1	2	3
45. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
46. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3

ANEXO 2

ESCALA DE STRESS PERCEBIDO (PSS – 14)

Itens e instruções para aplicação

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

0= nunca

1= quase nunca

2= às vezes

3= quase sempre

4= sempre

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

ANEXO 3**APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA
DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PÁGINA 1**

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Diferenças do gênero na avaliação do estresse e no estilo de coping de pacientes em pré-operatório de revascularização do miocárdio

Pesquisador: Gabriela Feitosa Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08514212.6.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 170.511

Data da Relatoria: 11/12/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa considera que a submissão de um paciente a uma cirurgia, e esse, ao se confrontar com algo novo e desconhecido, ou conhecido por lembranças negativas, é levado a sentir-se com pouca controlabilidade da situação. Para o estudo estes fatores podem contribuir para o estabelecimento do estresse, eixo da pesquisa ora proposta, que se amplia ao considerar que o estresse pré-operatório permeia aspectos relacionados ao gênero e ao desenvolvimento de papéis sociais. Fundado na literatura recorrente, o projeto de pesquisa considera que o estresse está relacionado com a identidade de gênero.

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se de um estudo que tem por objetivo identificar o nível de estresse percebido em homens e mulheres em situação pré-operatório, de cirurgia de revascularização do miocárdio, bem como as formas com que os gêneros reagem a situação vivenciada para, neste sentido, aprimorar o processo de cuidar/cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

não há riscos para os envolvidos na pesquisa e os benefícios referendam a melhoria da assistência de enfermagem no âmbito em que se insere.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é pertinente aos propósitos da área na qual o projeto de pesquisa se insere.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ANEXO 3**APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA
DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PÁGINA 2**

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação estão em consonância com as normas preconizadas para estudos da natureza.

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este CEP considera o projeto aprovado, do ponto de vista ético, para a continuidade do processo de pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante antes do início da pesquisa.

Reitera-se a necessidade de registro dos resultados parciais e finais da pesquisa, na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 12 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ANEXO 4

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA (INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE) PÁGINA 01

INSTITUTO DANTE
PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diferenças do gênero na avaliação do estresse e no estilo de coping de pacientes em pré-operatório de revascularização do miocárdio

Pesquisador: Gabriela Feitosa Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08514212.6.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 122.677

Data da Relatoria: 16/10/2012

Apresentação do Projeto:

A incidência de mortes por doença arterial coronária (DAC) está reduzindo nos países desenvolvidos e aumentando em países em desenvolvimento, resultado do aumento da expectativa de vida, urbanização e mudança no estilo de vida. A DAC é a principal causa de morte em todo o mundo, sendo responsável por 3,8 milhões de mortes de homens e 3,4 milhões de mortes de mulheres em todo o mundo a cada ano¹. Diante do aparecimento de sinais e sintomas e evolução das coronariopatias, o tratamento cirúrgico pode ser indicado. Ser submetido a um procedimento cirúrgico é fator estressante, pois o indivíduo começa a se deparar com inúmeras situações potencialmente estressantes, a começar pela realização de exames pré-operatórios e expectativa da realização da cirurgia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as diferenças do gênero na avaliação de estresse e no estilo de coping dos pacientes que irão submeter-se à cirurgia de revascularização do miocárdio.

Objetivo Secundário:

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 6º andar

Bairro: CEP: 04.012-909

UF: SP **Município:**

Telefone: (115)085-6040

Fax: (115)085-6040

E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

ANEXO 4

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA (INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE) PÁGINA 02

INSTITUTO DANTE
PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

- a) Caracterizar o perfil sócio-demográfico e clínico de homens e mulheres em pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio;
- b) Identificar a percepção de estresse entre homens e mulheres em pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio; c) Identificar os estilos de coping predominantes entre homens e mulheres em pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio; d) Identificar a associação existente entre as características sócio-demográficas e clínicas com a percepção de estresse e o estilo de coping de homens e mulheres.
- e) Comparar a percepção do estresse e estilos de coping, através de análises estatísticas e discutir estas diferenças com base no Modelo Interacionista do estresse sob a perspectiva do gênero.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa não comprometerá os participantes dos estudos, expondo-os a riscos diretos ou indiretos para sua saúde e não implicará em interferências em seu tratamento cirúrgico e tratamento clínico.

Benefícios:

Os resultados permitirão conhecer as diferenças de gênero na percepção de estresse e estilos de coping dos mesmos, oferecendo subsídios para uma assistência de enfermagem individualizada e centrada também nos aspectos psicossociais diante do processo de hospitalização e necessidade de tratamento cirúrgico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- a) O projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência Nacional de Vigilância Sanitária e as Boas Práticas de Pesquisa Clínica do ICH-GCP.
- b) O Comitê de Ética em Pesquisa avaliou o Protocolo de Estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- c) O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência Nacional de Vigilância Sanitária e as Boas Práticas de Pesquisa Clínica do ICH-GCP.

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 6º andar

Bairro: CEP: 04.012-909

UF: SP

Município:

Telefone: (115)085-6040

Fax: (115)085-6040

E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

ANEXO 4

**APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
(INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE)
PÁGINA 03**

**INSTITUTO DANTE
PAZZANESE DE CARDIOLOGIA**

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

✓ Protocolo de Estudo Clínico/ Coparticipação ✓ Aprovado
 ✓ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ✓ Aprovado
 ✓ Autorização: Dra. Andrea Cotait (Diretora da Divisão de Enfermagem); Dra. Vivian Lerner (Chefe da Unidade Hospitalar de Coronárias); Enfa. Ana Paula Conceição (Chefe de Enfermagem 4º andar); Enfa. Mara Nogueira (Chefe de Enfermagem 5º andar) ✓ Entregue

Recomendações:

- a. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido
- b. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE.
- c. Elaborar e apresentar ao CEP os relatórios parcial e final sobre a pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo Avaliado e Aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa em Reunião Ordinária Realizada no Dia 16 de Outubro de 2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Avaliado e Aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa em Reunião Ordinária Realizada no Dia 16 de Outubro de 2012.

16 de Outubro de 2012

Assinador por:

**Abílio Augusto Fragata Filho
(Coordenador)**

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 6º andar

Bairro: CEP: 04.012-909

UF: SP

Município:

Telefone: (11)085-6040

Fax: (11)085-6040

E-mail: cep@dantepazzanese.org.br