UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

NATÁLIA MICHELATO SILVA

Pacientes em tratamento cirúrgico por doenças colorretais crônicas: proposição e implementação de protocolo de atendimento psicológico

RIBEIRÃO PRETO
2019

NATÁLIA MICHELATO SILVA

Pacientes em tratamento cirúrgico por doenças colorretais crônicas: proposição e implementação de protocolo de atendimento psicológico

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: O cuidar de adultos e idosos

Orientadora: Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe

Co-orientador: Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

RIBEIRÃO PRETO

2019

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.

Pacientes em tratamento cirúrgico por doenças colorretais crônicas: proposição e implementação de protocolo de atendimento psicológico

Silva, Natália Michelato

Pacientes em tratamento cirúrgico por doenças colorretais crônicas: proposição e implementação de protocolo de atendimento psicológico. Ribeirão Preto, 2019.

191 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Helena Megumi Sonobe
Co-orientador: Manoel Antônio dos Santos

1. Estomia. 2. Adaptação Psicológica. 3. Cirurgia Colorretal. 4. Assistência Perioperatória. 5. Equipe interdisciplinar. 6. Protocolos

SILVA, Natália Michelato

Pacientes em tratamento cirúrgico por doenças colorretais crônicas: proposição e implementação de protocolo de atendimento psicológico.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof.
Dr._____
Instituição:_____

Prof.
Dr._____
Instituição:_____

Prof.
Dr._____
Instituição:_____

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais **Mauricio** e **Rosa**, que acreditaram nos meus sonhos e nos meus ideais, proporcionando apoio emocional e base familiar.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus** e a **Nossa Senhora** por iluminar meu caminho, meus pensamentos e me conceder proteção, saúde e força durante essa trajetória.

Aos meus pais, **Maurício** e **Rosa**, pelo apoio, incentivo, amor e confiança. Muito obrigada por me presentearem com a oportunidade de estudar e estarem sempre ao meu lado em todas as escolhas da minha vida.

À minha irmã **Fernanda**, minha companheira e amiga em todas as horas, pelas palavras de incentivo e motivação.

Ao meu esposo **Rodrigo**, pelo apoio, companheirismo, amor e por sempre estar ao meu lado durante a realização desse grande sonho da minha vida.

À minha orientadora **Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe**, por sua amizade, compreensão, dedicação, apoio e orientações que me conduziram e foram essenciais para a elaboração deste trabalho e na minha trajetória acadêmica, pessoal e profissional.

Ao meu co-orientador **Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos**, que esteve comigo durante toda minha trajetória na pós-graduação, sempre disposto a ajudar e contribuir com ensinamentos e conhecimento.

Ao **Prof. Dr. Marley Ribeiro Feitosa**, pelas sugestões e contribuições no exame de qualificação e ao longo desse trabalho.

À amiga **Sara Rodrigues Rosado**, pela amizade, pelos conselhos, incentivo e por sempre me ajudar nos momentos mais importantes dessa trajetória, sendo essencial para a realização deste trabalho.

Aos **amigos** sempre presentes em minha vida, pelo grande apoio, carinho e incentivo.

Ao **Prof. Dr. Joaquim Ribeiro da Rocha** e aos profissionais da Enfermaria Cirúrgica da Coloproctologia, local de estudo, pelo acolhimento e colaboração.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, *aos funcionários, docentes e discentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental pela oportunidade de desenvolver esta tese, de compartilhar experiências e aprimorar meus conhecimentos.*

À ***Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior*** *(CAPES), pelo apoio financeiro para o desenvolvimento deste estudo.*

Aos ***pacientes***, *que contribuíram para a realização deste estudo, agradeço por cada palavra e o grande aprendizado que puderam proporcionar para minha vida.*

Muito obrigada.

RESUMO

SILVA, N. M. **Pacientes em tratamento cirúrgico por doenças colorretais crônicas: proposição e implementação de protocolo de atendimento psicológico.** 2019. 191 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Trata-se de estudo de desenho misto, do tipo sequencial explanatório, cuja etapa quantitativa descritiva e longitudinal objetivou propor um Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório; e na etapa qualitativa exploratória avaliar a implementação deste protocolo psicológico (CAAE 58356416.2.0000.5393 CEP/EERP-USP). Na etapa quantitativa aplicou-se questionários de Miniexame do Estado Mental (MEEM); sociodemográfico, clínico e terapêutico e de investigação das demandas psicológicas, validados para este estudo, com participação de 30 pacientes com doenças colorretais crônicas em primeiro tratamento cirúrgico. Na análise estatística descritiva predominou faixa etária acima de 51 anos (63,2%); sexo masculino (60,0%); quatro anos de estudo (33,3%) e casado (60,0%); aposentado (43,3%); renda até dois salários mínimos (33,3%); neoplasia colorretal (60,0%); menos de um ano de tratamento (63,3%); e estomização (43,3%); e mediante análise de conteúdo dedutivo, as demandas psicológicas no perioperatório foram vinculadas às informações sobre cirurgia, estomização e equipamento coletor (96,7%) e cuidados pós-operatórios (64,7%) e necessidade de atendimento psicológico (93,3%); e uso de estratégias de enfrentamento focadas no problema e na emoção, busca de suporte social e práticas religiosas/pensamento fantasioso, que subsidiaram a proposição do protocolo de atendimento psicológico para esta clientela. As demandas psicológicas foram relacionadas à obtenção de conhecimento no pré-operatório sobre cirurgia e suas consequências; expectativas de resultados com a cirurgia e atendimento psicológico; e no pós-operatório, aos resultados da cirurgia; às perspectivas futuras e ao atendimento psicológico, vinculadas às intervenções Vínculo e Ensino da equipe interdisciplinar. Este protocolo foi estruturado em 10 eixos: identificação; avaliação do estado mental; apoio social; demandas pré-operatórias; demandas pós-operatórias; estratégias de enfrentamento; entendimento da condição clínica; síntese do diagnóstico psicológico; intervenções/abordagens psicoterapêuticas estabelecidas; e avaliação da intervenção psicológica. Na etapa qualitativa foi realizada a implementação deste protocolo psicológico, com participação de 16 participantes, com representatividade sociodemográfica, clínica e terapêutica semelhante ao da etapa quantitativa e a interpretação dos dados foi realizada com Análise Temática, fundamentado no referencial da Psicologia Hospitalar. As demandas psicológicas foram interpretadas em quatro temas: “Demora para tratamento no sistema de saúde”; “Dúvidas sobre diagnóstico/tratamento/bolsinha”; e “Expectativas sobre cirurgia e estomização” que constituíram os desafios no itinerário terapêutico, gerando sofrimento físico e psicoemocional; e “Os aspectos psicológicos da cirurgia e da estomização na vida do paciente” para o pós-operatório mediato, que dimensionaram a importância da intervenção suporte psicológico no favorecimento do conhecimento do paciente sobre sua condição de saúde e na assistência prestada pela equipe interdisciplinar. A intervenção psicológica favoreceu a

manutenção da esperança, o enfrentamento dos sentimentos conflituosos, do adoecimento e do tratamento cirúrgico, estimulando a proatividade do paciente na busca de adaptação ao adoecimento, às repercussões terapêuticas e ao seguimento ambulatorial especializado e na retomada de sua vida. Concluiu-se que este protocolo psicológico apresentou viabilidade assistencial, com definição do papel do psicólogo neste contexto de assistência hospitalar, diminuindo a lacuna de produção sobre a temática. Os resultados deste estudo contribuirão na melhoria da assistência interdisciplinar de pacientes com doenças colorretais crônicas no perioperatório, agregando-se a intervenção psicológica para o atendimento das demandas prioritárias desta clientela.

Descritores: Estomia. Adaptação Psicológica. Cirurgia Colorretal. Assistência Perioperatória. Equipe interdisciplinar. Protocolos.

ABSTRACT

SILVA, N. M. **Patients in surgical treatment for chronic colorectal diseases: proposition and implementation of a psychological care protocol**. 2019. 191 pp. Thesis (Doctorate Degree) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

This is a mixed design study, typified as sequential explanatory, whose descriptive and longitudinal quantitative stage aimed to propose a Psychological Protocol for Patients with Chronic Colorectal Diseases in the Perioperative; and, in the exploratory qualitative stage, it aimed to evaluate the implementation of this psychological protocol (CAAE 58356416.2.0000.5393 CEP/EERP-USP). In the quantitative stage, we applied Mini Mental State Examination (MMSE); sociodemographic, clinical and therapeutic questionnaires, as well as others related to research and psychological demands, validated for this study, with the participation of 30 patients with chronic colorectal diseases in the first surgical treatment. In the descriptive statistical analysis, there was a predominance of the age group above 51 years (63.2%); male gender (60.0%); four years of study (33.3%) and married (60.0%); retired (43.3%); income up to two minimum wages (33.3%); colorectal neoplasm (60.0%); less than one year of treatment (63.3%); and ostomy (43.3%); and, through deductive content analysis, the perioperative psychological demands were linked to information on surgery, ostomy and collecting equipment (96.7%), postoperative care (64.7%) and need for psychological care (93.3%); and use of coping strategies focused on the problem and emotion, search for social support and religious practices/fantasy thinking, which supported the proposition of the psychological care protocol for this clientele. The psychological demands were related to the acquisition of preoperative knowledge about surgery and its consequences; expectations of outcomes with surgery and psychological care; and, in the postoperative, they were related to the results of the surgery; future perspectives and psychological care, linked to the interdisciplinary team Teaching and Bonding interventions. This protocol was structured in 10 axes: identification; mental state evaluation; social support; preoperative demands; postoperative demands; coping strategies; understanding of the clinical condition; synthesis of psychological diagnosis; established psychotherapeutic interventions/approaches; and psychological intervention evaluation. In the qualitative stage, we performed the implementation of this psychological protocol, with the participation of 16 participants, with sociodemographic, clinical and therapeutic representations similar to the quantitative stage, and the interpretation of the data was performed with Thematic Analysis, based on the Hospital Psychology framework. The psychological demands were interpreted in four themes: “Delay for treatment in the health system”; “Questions about diagnosis/treatment/bag”; and “Expectations about surgery and ostomy”, which constituted the challenges in the therapeutic path, generating physical and psycho-emotional suffering; and “The psychological aspects of surgery and ostomy in the patient’s life” for the mediate postoperative period, which dimensioned the importance of the psychological support intervention in favoring the patient's knowledge about his health condition and the care provided by the interdisciplinary team. The psychological intervention favored the maintenance of hope, the confrontation of conflicting feelings, the illness

and surgical treatment, thereby stimulating the patient's proactivity in the search for adaptation to the disease, the therapeutic repercussions and the specialized outpatient follow-up, besides the resumption of life. We can conclude that this psychological protocol showed health care viability, with definition of the role of the psychologist in this context of hospital care, reducing the production gap on this topic. The results of this study will contribute to the improvement of interdisciplinary care of patients with perioperative chronic colorectal diseases, adding the psychological intervention to meet the priority demands of this clientele.

Descriptors: Ostomy. Adaptation Psychological. Colorectal Surgery. Perioperative Care. Interdisciplinary Team. Protocols.

RESUMEN

SILVA, N. M. **Pacientes en tratamiento quirúrgico para enfermedades colorrectales crónicas: proposición e implementación del protocolo de atención psicológica.** 2019. 191 h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Este es un estudio de diseño mixto, del tipo explicativo secuencial, cuyo paso cuantitativo descriptivo y longitudinal tuvo como objetivo proponer un Protocolo Psicológico para Pacientes con Enfermedades Colorrectales Crónicas en el Perioperatorio; y, en el paso cualitativo exploratorio, evaluar la implementación de este protocolo psicológico (CAAE 58356416.2.0000.5393 CEP/EERP-USP). En la etapa cuantitativa, se aplicaron cuestionarios de Mini Examen del Estado Mental (MEEM); sociodemográfico, clínico y terapéutico y de investigación de las demandas psicológicas, validados para este estudio, con la participación de 30 pacientes con enfermedades colorrectales crónicas en su primero tratamiento quirúrgico. En el análisis estadístico descriptivo, predominó el grupo de edad superior a 51 años (63.2%); género masculino (60.0%); cuatro años de estudio (33.3%) y casado (60.0%); jubilado (43,3%); ingreso de hasta dos salarios mínimos (33.3%); neoplasia colorrectal (60.0%); menos de un año de tratamiento (63.3%); y ostomía (43.3%); y mediante análisis de contenido deductivo, las demandas psicológicas perioperatorias se vincularon con información sobre cirugía, ostomía y equipo de recolección (96.7%), atención postoperatoria (64.7%) y necesidad de atención psicológica (93.3%); y empleo de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la emoción, búsqueda de apoyo social y prácticas religiosas/pensamiento fantasioso, que apoyaran la proposición del protocolo de atención psicológica para esta clientela. Las demandas psicológicas se relacionaron con la obtención de conocimiento en el preoperatorio sobre la cirugía y sus consecuencias; expectativas de resultados con la cirugía y atención psicológica; y en el postoperatorio, a los resultados de la cirugía; las perspectivas futuras y la atención psicológica, vinculadas a las intervenciones Vinculación y Enseñanza del equipo interdisciplinario. Este protocolo fue estructurado en 10 ejes: identificación; evaluación del estado mental; apoyo social; demandas preoperatorias; demandas postoperatorias; estrategias de afrontamiento; comprensión del estado clínico; síntesis del diagnóstico psicológico; intervenciones/enfoques psicoterapéuticos establecidos; y evaluación de la intervención psicológica. En la etapa cualitativa, se llevó a cabo la implementación de este protocolo psicológico, con la participación de 16 participantes, con representaciones sociodemográficas, clínicas y terapéuticas similares a las representaciones de la etapa cuantitativa, y la interpretación de los datos se hizo con Análisis Temático, basado en el marco de la Psicología Hospitalaria. Las demandas psicológicas se interpretaron en cuatro temas: “Retraso para el tratamiento en el sistema de salud”; “Preguntas sobre diagnóstico/tratamiento/bolsa”; y “Expectativas sobre cirugía y ostomía”, que constituyeron los retos en el camino terapéutico, generando sufrimiento físico y psicoemocional; y “Los aspectos psicológicos de la cirugía y la ostomía en la vida del paciente” para el período postoperatorio mediato, que dimensionaron la importancia de la intervención de apoyo psicológico para favorecer el conocimiento del paciente sobre su estado de salud y la atención brindada por

el equipo interdisciplinario. La intervención psicológica favoreció el mantenimiento de la esperanza, la confrontación de sentimientos conflictivos, de la enfermedad y del tratamiento quirúrgico, estimulando la proactividad del paciente en la búsqueda de adaptación a la enfermedad, las repercusiones terapéuticas y al seguimiento ambulatorio especializado, además de la reanudación de la vida. Se concluyó que este protocolo psicológico mostró viabilidad de asistencia, con definición del rol del psicólogo en este contexto de atención hospitalaria, reduciendo la laguna de producción sobre el tema. Los resultados de este estudio contribuirán a la mejora de la atención interdisciplinaria de pacientes con enfermedades colorrectales crónicas en el perioperatorio, agregando la intervención psicológica para satisfacer las demandas prioritarias de esta clientela.

Descriptores: Ostomía. Adaptación Psicológica. Cirugía Colorrectal. Atención Perioperativa. Equipo Interdisciplinario. Protocolos.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Caracterização sociocultural, clínica e de estomia intestinal dos participantes da etapa de implementação do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório. Ribeirão Preto, 2019..... 112

Quadro 2 Demandas psicológicas, estratégias de enfrentamento e entendimento clínico sobre a doença pelos participantes do estudo, mediante a implementação do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório. Ribeirão Preto, 2019..... 117

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Síntese das demandas psicológicas no perioperatório. Ribeirão Preto, 2019..... 99

Figura 2 Fluxograma do processo de elaboração da proposição do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório. Ribeirão Preto, 2019..... 102

Figura 3 Estrutura do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório. Ribeirão Preto, 2019..... 104

Figura 4 Fluxograma do processo da implementação do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório. Ribeirão Preto, 2019..... 111

Figura 5 Categorias de análise de dados..... 124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo as variáveis faixas etária, sexo, estado civil, etnia, escolaridade e religião. Ribeirão Preto-SP, 2019..... 65

Tabela 2 Distribuição dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo as variáveis coabitação e número de filhos vivos. Ribeirão Preto- SP, 2019..... 66

Tabela 3 Distribuição dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo a fonte de renda. Ribeirão Preto- SP, 2019..... 67

Tabela 4 Distribuição dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo conhecimento relatado sobre tratamento atual. Ribeirão Preto-SP, 2019..... 67

Tabela 5 Distribuição dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo diagnóstico médico. Ribeirão Preto- SP, 2019..... 69

Tabela 6 Distribuição dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo as variáveis tempo de diagnóstico e de tratamento. Ribeirão Preto- SP, 2019..... 70

Tabela 7 Distribuição dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo as variáveis relacionadas às terapêuticas prévias. Ribeirão Preto-SP, 2019..... 71

Tabela 8 Distribuição dos pacientes com CCR segundo as variáveis estadiamento, presença e local da metástase, presença de recidiva e proposta terapêutica. Ribeirão Preto-SP, 2019..... 72

Tabela 9 Distribuição de comorbidades diagnosticadas e registradas nos prontuários, dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo CID-10, Ribeirão Preto-SP, 2019..... 73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCR	Câncer Colorretal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centro Especializado de Reabilitação
DC	Doença de Crohn
DiC	Diário de campo
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DO	Doutorado
DII	Doença Inflamatória Intestinal
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EC	Equipamento coletor
GERPCO	Grupo de Estudo de Reabilitação de Pacientes Cirúrgicos Oncológicos
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MEEM	Miniexame do Estado Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
PAE	Programa de Aperfeiçoamento e Ensino
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO..... 20
2. INTRODUÇÃO..... 23
3. OBJETIVOS 30
3.1 ETAPA QUANTITATIVA..... 31
3.1.1 OBJETIVO GERAL..... 31
3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 31
3.2 ETAPA QUALITATIVA..... 31
3.2.1 OBJETIVO GERAL..... 31
3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 31
4. PSICOLOGIA HOSPITALAR E O ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ESTOMIA POR DOENÇA CRÔNICA INTESTINAL..... 32
5. MATERIAIS E MÉTODOS..... 52
5.1 ASPECTOS ÉTICOS..... 53
5.2 DELINEAMENTO..... 53
5.2.1 LOCAL DO ESTUDO..... 54
5.2.2 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO- 1ª ETAPA QUANTITATIVA..... 55
5.2.2.1 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DA AMOSTRA..... 55
5.2.2.2 ESTUDO PILOTO..... 55
5.2.2.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS..... 58
5.2.2.4 AMOSTRA DO ESTUDO..... 59
5.2.2.5 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS..... 59
5.2.3 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO- 2ª ETAPA QUALITATIVA..... 60
5.2.3.1 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES..... 60
5.2.3.2 IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES COM DOENÇAS COLORRETAIS CRÔNICAS NO PERIOPERATÓRIO..... 60
5.2.3.3 ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVOS..... 62

5.2.4 ANÁLISE FINAL DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS..... 62
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO- ETAPA QUANTITATIVA..... 64
6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E TERAPÊUTICA DOS PACIENTES COM DOENÇAS COLORRETAIS CRÔNICAS..... 65
6.1.1 RESULTADOS..... 65
6.1.2 DISCUSSÃO 73
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO: DEMANDAS PSICOLÓGICAS..... 84
7.1 DEMANDAS PSICOLÓGICAS NO PERIOPERATÓRIO DOS PACIENTES COM DOENÇAS COLORRETAIS CRÔNICAS..... 85
7.1.1 RESULTADOS..... 85
7.1.2 DISCUSSÃO..... 92
8. PROPOSIÇÃO DO PROTOCOLO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES COM DOENÇAS COLORRETAIS CRÔNICAS NO PERIOPERATÓRIO..... 101
9. IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES COM DOENÇAS COLORRETAIS NO PERIOPERATÓRIO..... 110
9.1 RESULTADOS..... 111
9.1.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E DE ESTOMIA INTESTINAL DOS PARTICIPANTES DA ETAPA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO PSICOLÓGICO..... 111
9.1.2 DEMANDAS PSICOLÓGICAS, ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E ENTENDIMENTO DA CONDIÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES COM DOENÇAS COLORRETAIS CRÔNICAS..... 114
9.1.3 INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS DESENVOLVIDAS NO PERIOPERATÓRIO PARA PACIENTES COM DOENÇAS COLORRETAIS CRÔNICAS..... 122
9.1.4 A PERSPECTIVA DOS PACIENTES COM DOENÇAS COLORRETAIS CRÔNICAS NO PERIOPERATÓRIO SOBRE O

ATENDIMENTO COM O PROTOCOLO PSICOLÓGICO..... 124
9.1.4.1 NÚCLEOS TEMÁTICOS DO PRÉ-OPERATÓRIO..... 124
9.1.4.1.1 NÚCLEO TEMÁTICO 1: "DEMORA PARA TRATAMENTO NO SISTEMA DE SAÚDE"..... 124
9.1.4.1.2 NÚCLEO TEMÁTICO 2: "DÚVIDAS SOBRE DIAGNÓTICO/TRATAMENTO/BOLSINHA"..... 129
9.1.4.1.3 NÚCLEO TEMÁTICO 3: "EXPECTATIVAS DA CIRURGIA E ESTOMIZAÇÃO"..... 137
9.1.4.2 NÚCLEO TEMÁTICO DO PÓS-OPERATÓRIO..... 143
9.1.4.2.1 NÚCLEO TEMÁTICO 1: "OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA CIRURGIA E DA ESTOMIZAÇÃO NA VIDA DO PACIENTE" 143
9.2 DISCUSSÃO: NÚCLEOS TEMÁTICOS..... 148
10. CONCLUSÃO..... 159
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 162
REFERÊNCIAS..... 165
APÊNDICES..... 177
APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO PACIENTE COM DOENÇA COLORRETAL CRÔNICA..... 178
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO DE DEMANDAS NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO..... 181
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO DE DEMANDAS NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO..... 182
APÊNDICE D - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA PARA COLETA DE DADOS DA ETAPA QUANTITATIVA..... 183
ANEXOS..... 186
ANEXO A - PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..... 187
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ETAPA: QUANTITATIVA..... 188
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ETAPA: QUALITATIVA..... 190

1. APRESENTAÇÃO

Durante meu curso de graduação em Psicologia na Universidade de Franca, realizei estágio na área de Psicologia Hospitalar, no Hospital do Câncer de Franca. Após a conclusão do curso em 2009, fiz o Aprimoramento em Psico-oncologia na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), no período de março de 2010 a fevereiro de 2011. Ainda, no ano de 2011, realizei o estágio profissional (aperfeiçoamento) no Hospital das Clínicas da USP de Ribeirão Preto na área de Psico-oncologia. Em 2013 ingressei no Curso de Pós-Graduação, Nível Mestrado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP), finalizado em setembro de 2015, no qual abordamos os aspectos emocionais do idoso com câncer em tratamento quimioterápico. Como resultado do estudo, observou-se que a esperança foi um mecanismo de enfrentamento importante diante dos sintomas depressivos e do estresse durante o adoecimento.

Atualmente, participo do Grupo de Estudo de Reabilitação de Pacientes Cirúrgicos Oncológicos (GERPCO) da EERP, com desenvolvimento de atividades de extensão junto aos pacientes com doenças colorretais crônicas em tratamento cirúrgico. Temos predominantemente o câncer colorretal (CCR), no qual verificamos as repercussões físicas e emocionais da cirurgia durante a internação hospitalar, principalmente quando há confecção de estomia intestinal. Por meio deste grupo pudemos perceber a importância da atuação do psicólogo durante o perioperatório com esta clientela, o que gerou vários questionamentos: quais as demandas de suporte psicológico destes pacientes durante o tratamento cirúrgico com confecção de estomia intestinal? É possível estabelecer protocolo de atendimento psicológico no perioperatório para esta clientela? Diante desses questionamentos, desenvolvemos esta tese de doutorado.

Durante a realização da tese, tive a oportunidade de trabalhar com uma equipe interdisciplinar, por meio de visita médica e discussão de caso, onde aprendi muito sobre as patologias crônicas intestinais, tratamento e prognóstico.

Na realização da coleta de dados, a qual foi de um aprendizado imensurável, pude criar e implementar um Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório.

No decorrer da implementação deste protocolo foi notável perceber o quão importante e significativo eram os atendimentos prestados e como as demandas do perioperatório e os mecanismos de enfrentamento se fizeram essenciais para se estabelecer intervenções adequadas visando melhorar as dificuldades advindas da doença.

Foi muito gratificante poder aprender e contribuir para ajudar estes pacientes a vivenciarem de maneira mais amena esse momento de sofrimento e incertezas em suas vidas, proporcionando melhores condições de saúde psíquica por meio de um acolhimento psicológico juntamente com uma equipe interdisciplinar, disposta a oferecer um cuidado adequado e humanizado para com estas pessoas.

2. INTRODUÇÃO

Para contextualizar a situação de pessoas com doenças colorretais em tratamento cirúrgico, ressaltamos a transição demográfica atual, o aumento da expectativa de vida, os benefícios do conhecimento científico e tecnológico, que gerou mudança no perfil de morbimortalidade, com prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Estas são caracterizadas por etiologia múltipla, curso prolongado, incapacidade funcional e, por vezes, a incurabilidade. Apesar dos fatores não modificáveis como o sexo, a idade e a herança genética, ressaltamos os modificáveis ou comportamentais como o tabagismo, a alimentação, a inatividade física, o consumo excessivo de álcool e outras drogas ilícitas, que podem ser abordados pelos profissionais da saúde, com intervenções efetivas, que favorecem a recuperação fisiológica, emocional e o alcance da reabilitação pós-operatória (SOUZA et al., 2018; ALVES, 2014; SANTANA, 2012; BRASIL, 2008).

Diante disso, realizamos um levantamento no programa de agendamentos da Unidade de Internação Cirúrgica da Coloproctologia, de janeiro e fevereiro de 2016, onde houve um total de 43 internações, sendo 31 pacientes com CCR e 13 pacientes com Doença de Crohn (DC). Assim, pelo predomínio de pacientes com estes dois diagnósticos médicos, que caracterizam doença colorretal crônica, estes serão focalizados especificamente neste estudo.

Em relação às DCNTs, entre as mais prevalentes estão as doenças cardiovasculares, as respiratórias crônicas, diabetes e o câncer (WHO, 2014). E dentre os cânceres, o CCR é o segundo tipo que mais afeta a população e está em crescente aumento, sendo estimados, para 2018/2019, no Brasil, 17.380 casos novos em homens e 18.980 em mulheres, esses valores correspondem a um risco estimado de 16,83 casos novos a cada 100 mil homens e 17,90 para cada 100 mil mulheres, sendo considerado o terceiro mais frequente em homens e o segundo em mulheres (BRASIL, 2017).

Esta neoplasia é considerada de bom prognóstico quando diagnosticada em estágios iniciais e cuja sobrevida média global de cinco anos ocorre em torno de 55% nos países desenvolvidos e 40% nos países emergentes. Para este câncer a prevenção está relacionada à atividade física regular, consumo de alimentos que contêm fibra dietética e o controle da obesidade. Os principais fatores de risco são o consumo de carne vermelha, carnes

processadas (mortadelas, presuntos, salsichas, linguiças), bebidas alcoólicas, tabagismo, gordura corporal e abdominal. Além disso, há a história familiar de CCR, a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças inflamatórias intestinais e o processo de envelhecimento. Apesar disso, 75% dos casos se dão de forma esporádica, em detrimento de mutações genéticas com evolução celular neoplásico (BRASIL, 2017).

Para o CCR, o tratamento está relacionado ao diagnóstico precoce, à localização e o estadiamento do tumor, sendo que podem ser indicadas a radioterapia, a quimioterapia antineoplásica e a cirurgia oncológica, isoladas ou em associação. Estes tratamentos podem ter indicação curativa ou paliativa (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

Por outro lado, incluem-se dentre as doenças colorretais crônicas, como as doenças intestinais inflamatórias (DII), cujos aspectos preventivos e de risco são semelhantes ao CCR, sendo que apresenta aumento de sua incidência, a DC. Além disso, estas constituem fator de risco para o desenvolvimento para este câncer. A DC varia de acordo com a localização geográfica, ocorrendo principalmente na Europa, Reino Unido e na América do Norte, com aumento significativo no Japão, Coréia do Sul, Cingapura, norte da Índia e América Latina. A mortalidade por estas doenças é mais alta durante os primeiros anos da doença e nos pacientes com evolução de piora importante ao longo do adoecimento. A faixa etária para o início da DC se estabelece entre os 15 e 30 anos, apesar da possibilidade de acometer em outras faixas etárias, não havendo diferença na distribuição entre os sexos (FRIEDMAN; BLUMBERG, 2014).

Embora no Brasil, a DC seja considerada de baixa incidência, não existem registros públicos de saúde eficazes. Esta doença não é classificada, como de notificação compulsória, e as anotações nos prontuários dos pacientes e nos arquivos dos serviços de saúde são inexatas. Isto se deve à dificuldade de exatidão diagnóstica desta doença, pois a maioria dos pacientes, que procuram assistência, apresenta queixas de diarreia e dor abdominal, vômitos, anemia, febre, sangramento, fadiga generalizada, presença de lesões perianais e perirretais e, em casos mais graves, evoluem para quadros com obstrução intestinal, que muitas vezes é diagnosticada como de etiologia bacteriana ou parasitária, com indicação terapêutica pontual para as queixas

gastrointestinais referidos por estes pacientes. A resolução é paliativa, pois não é realizada investigação com maior acurácia para o diagnóstico de DII, que inclui, além do quadro clínico, exames laboratoriais e a combinação de resultados endoscópicos, histológicos e de imagem do paciente (SOUZA et al., 2011; SONOBE et al., 2015; GOMOLLÓN et al., 2017).

Apesar de não haver consenso em relação ao fator psicoemocional no desenvolvimento de DC, considera-se que há um componente psicossomático para as DII, ou seja, pode ser resultante da interação entre corpo, mente e ambiente e o estresse psicológico poderia, ainda, desencadear os quadros de recidiva e agudização da doença (SONOBE et al., 2015; MENEZES; FARO, 2018).

O tratamento clínico para esta DII é complexo devido à etiologia desconhecida e com fatores de risco multicausais, o que dificulta a avaliação adequada da atividade da doença, em fase de agudização, principalmente do estabelecimento destes diagnósticos e, por conseguinte das terapêuticas, a depender da forma, extensão e gravidade da doença (SOUZA et al., 2011; CABRAL; ABBY, 2012; SONOBE et al., 2015; BATISTA et al., 2018).

No caso da DII, os principais fatores de risco envolvem a alimentação, consumo de tabaco e álcool, utilização de medicamentos antinflamatórios não esteroidais, utilização de substâncias ilícitas, bem como ambiente, estado psicoemocional, presença de infecções e alterações imunológicas (SONOBE et al., 2015; BATISTA et al., 2018).

Em geral, a DII pode ser tratada clinicamente. Contudo, quando ocorre alternância de reagudizações e falta de resposta clínica, surgem as complicações mais frequentes como as fístulas enterocutâneas, que são intercomunicações anormais, que quando ocorrem entre órgãos são denominadas de interna; e de externa, quando a intercomunicação exterioriza para a epiderme. Estas fístulas comprometem ainda mais a condição clínica da pessoa, pois há perda intensa de nutrientes, dor, infecção, além de desconforto físico e psicossocial, com situações de constrangimento por impossibilidade de manter sigilo sobre a sua condição e por limitar a manutenção de suas atividades cotidianas e de convívio social. Nestes casos, é feita a indicação do tratamento cirúrgico (SONOBE et al., 2015).

Como formas de tratamento cirúrgico, tanto o CCR quanto a DII, há a

possibilidade de confecção de estomia intestinal, em caráter temporário ou definitivo, quando há necessidade de exteriorização do íleo ou do intestino grosso, são denominadas respectivamente de ileostomia e colostomia, para a eliminação fecal (ROCHA, 2011).

Quando o paciente se depara com uma estomia intestinal, ele enfrenta uma mudança em seu estilo de vida em todos os aspectos, ocasionando uma necessidade de readaptação de sua nova condição de vida- de uma pessoa estomizada. Nesse momento há um turbilhão de emoções e sentimentos, como medo, insegurança, tristeza, dentre outros, necessitando dessa maneira de um suporte profissional oferecido por um psicólogo para acolhê-lo e ajudá-lo a enfrentar essa nova realidade. Contudo, ainda carecemos de estudos sobre atendimento psicológico durante o tratamento cirúrgico com confecção de estomia intestinal.

Para realizar o desenvolvimento deste estudo, bem como a elaboração do instrumento para a caracterização para pacientes com doenças colorretais, utilizado na etapa quantitativa desta tese, foram fundamentados a partir de uma revisão integrativa da literatura, que analisou as evidências científicas sobre os aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais (SILVA et al., 2017).

Para isso, foi realizada uma busca de estudos primários publicados entre 2006 a 2016, nas bases de dados PsycINFO, National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Web of Science. Após leitura analítica dos estudos, 27 estudos primários foram selecionados como amostra da Revisão Integrativa (RI). Esta amostra foi categorizada em três eixos temáticos: “Fatores associados ao ajustamento na transição para uma vida com colostomia”; “Efeitos de diferentes estratégias de intervenção para otimização do ajustamento psicossocial”; e “Compreensão da experiência subjetiva da doença/do adoecimento” (SILVA et al., 2017).

No primeiro eixo temático “Fatores associados ao ajustamento na transição para uma vida com colostomia”, foi evidenciado que o ensino com informações claras e de fácil compreensão favorece a capacidade plena para a realização do autocuidado. O ajustamento também está relacionado com a importância de ter uma rede apoio, com atividades sociais e de lazer, além da

espiritualidade, aspectos que se mostraram essenciais para ajudar as pessoas estomizadas a se adaptarem a nova condição de vida. Para isso, é importante ter um atendimento interdisciplinar que vise a orientação do autocuidado ainda no perioperatório, com a inserção do psicólogo para auxiliar o paciente a compreender as percepções individuais sobre a doença e a estomia (SILVA et al., 2017).

No segundo eixo temático “Efeitos de diferentes estratégias de intervenção para otimização do ajustamento psicossocial”, enfatizou-se que o encaminhamento e a participação das pessoas estomizadas no Programa de estomizados provê uma rede de apoio, melhora significativa no conhecimento sobre os cuidados com a estomia e a troca do equipamento coletor, além de favorecer o ajuste psicossocial à estomia. Intervenções em grupo contribuem para que haja troca de experiências entre as pessoas estomizadas, ajudando assim na adaptação com a nova condição de vida. Outra estratégia, como o acompanhamento sistemático por um enfermeiro estomaterapeuta após a alta hospitalar diminui as complicações com a estomia além de proporcionar o sentimento de segurança e amparo para o paciente (SILVA et al., 2017).

No terceiro eixo temático “Compreensão da experiência subjetiva da doença/do adoecimento”, ressaltou que a estomia desperta vários sentimentos e emoções devido à perda de controle do próprio corpo, ocasionando mudanças físicas, psíquicas e socais. Neste período pode ocorrer prejuízos na saúde mental do paciente como, sintomas depressivos e ansiosos, entre outros; isolamento social; disfunções sexuais e dificuldade para retomar as atividades de vida antes da estomia. Diante destas repercussões, é necessário identificar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes, para oferecer um atendimento de alta qualidade, centrado nas necessidades dos mesmos no decorrer do processo de adaptação a esta nova condição de vida (SILVA et al., 2017).

Com a análise destes artigos, verificou-se que o equipamento coletor (bolsa coletora) remete a sentimentos negativos e mudanças em todos os aspectos da vida do paciente, necessitando de uma rede de apoio social, espiritual e de conhecimentos sobre o autocuidado, para que o paciente os utilize como estratégias de enfrentamento para diminuir o impacto causado pelo adoecimento e favorecer melhor bem-estar psicológico (BATISTA et al.,

2014; SOUZA et al., 2010; CHENG et al., 2013). Evidenciou-se que há uma necessidade de abordagem destes pacientes, anteriormente à cirurgia, o que pode diminuir possíveis complicações, assim como as angústias e medos referentes à estomia intestinal. Contudo, existe uma lacuna de conhecimento na produção científica nacional e internacional sobre a experiência do paciente estomizado no perioperatório. Há necessidade de investimento em pesquisas para melhoria da atuação dos profissionais de saúde em relação às intervenções das principais demandas psicológicas perioperatórias destes pacientes, respeitando-se a sua autonomia para a tomada de decisão sobre o seu estado de saúde/doença, tratamento cirúrgico e suas repercussões (SILVA et al., 2017).

Considerando a escassez de literatura sobre a temática e pela necessidade identificada na nossa experiência clínica na assistência de pessoas com doenças colorretais, CCR e DII, em primeiro tratamento cirúrgico com possibilidade de confecção de estomia intestinal e os nossos questionamentos apresentados no início, propomos este estudo para estabelecer as demandas e intervenções psicológicas, que resultarão na proposição e implementação de um protocolo de atendimento psicológico para esta clientela, bem como na avaliação de sua implementação. Isto poderá contribuir na melhoria da assistência prestada a esta clientela, assim como na atuação de cada profissional da equipe multiprofissional e principalmente do psicólogo, com vistas à humanização e individualização da assistência perioperatória, no contexto terciário.

3. OBJETIVOS

3.1 ETAPA QUANTITATIVA

3.1.1 Objetivo geral

- Propor um Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório em tratamento cirúrgico.

3.1.2 Objetivos específicos

- Analisar as evidências científicas sobre os aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais para subsidiar a proposição do protocolo psicológico;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico, terapêutico e de utilização de estratégias de enfrentamento de pacientes com doenças colorretais crônicas em tratamento cirúrgico com confecção de estomia intestinal, em um hospital universitário paulista;
- Identificar as estratégias de enfrentamento e as demandas de suporte psicológico desta clientela no perioperatório;
- Analisar as estratégias de enfrentamento e as demandas de suporte psicológico de pacientes com doenças colorretais crônicas em tratamento cirúrgico com e sem confecção estomia intestinal.

3.2 ETAPA QUALITATIVA

3.2.1 Objetivo geral

- Avaliar a implementação do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório.

3.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico, terapêutico e de utilização de estratégias de enfrentamento de pacientes com doenças colorretais crônicas;
- Estabelecer as demandas psicológicas e desenvolver as intervenções desta clientela no perioperatório;
- Analisar as demandas e as intervenções psicológicas desenvolvidas no perioperatório com a utilização do protocolo;
- Analisar a aplicabilidade do Protocolo proposto neste estudo.

4. PSICOLOGIA HOSPITALAR E O ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ESTOMIA POR DOENÇA CRÔNICA INTESTINAL

A Psicologia desenvolve sua história, enquanto Ciência e Profissão notadamente a partir da segunda metade do século XIX, cujo marco indicativo de sua estruturação científica ocorreu com a criação do primeiro laboratório psicológico, em 1879, na Alemanha por Wundt, que focalizou os processos mais elementares de percepção e a velocidade de processos mentais mais simples (WERTHMEIER, 1972).

A partir da segunda metade do século XX, houve novas perspectivas no campo da Ciência da Saúde e Ciências Humanas, com a estruturação da Organização Mundial da Saúde, em 1945, que foi um importante precursor institucional, e evolui até os dias de hoje, com novo paradigma, sendo que outras profissões da saúde, além da medicina tiveram adesão (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

A partir dessa reconstrução das formas de atuação surge a psicologia da saúde.

> A Psicologia da Saúde é o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, na identificação da etiologia e diagnósticos relacionados à saúde, a doença e as disfunções, bem como no aperfeiçoamento do sistema de políticas da saúde (Matarazzo, 1980, p. 815).

A prática da Psicologia da Saúde envolve serviços ligados à comunidade, ao ensino e à pesquisa, dentro da realidade brasileira, contribuindo com uma nova perspectiva para a prática clínica. Entretanto, enfatizamos a importância do contexto para a viabilização de técnicas de atuação profissional. Nesse sentido, não basta apenas adotar a perspectiva biopsicossocial integrando os aspectos biológico, psíquico e social, mas as práticas clínicas devem estar fundamentadas em referenciais teóricos (MARTINS et al., 2001).

Desse modo, a Psicologia Hospitalar surge como uma subespecialidade da Psicologia da Saúde. Como instrumento para sua atuação profissional, o psicólogo utiliza a palavra, pois por meio desta, o psicólogo consegue ir além

do que há contido nelas, o que pode ser resumido em uma frase de Freud: “(...) o trabalho clínico consiste em ajudar a pessoa a reencontrar a magia das palavras” (SIMONETTI, 2011).

Assim, a atuação do psicólogo hospitalar iniciou-se na década de 50, de forma isolada, mas com o passar dos anos e com o trabalho sério desenvolvido por estes profissionais, esta especialidade passou a ganhar força, respeitabilidade e espaço (CHIATTONE, 1997).

Pode-se dizer que a Psicologia Hospitalar visa atender pacientes com alguma doença orgânica/física, que seja responsável pelo desequilíbrio em uma das dimensões biopsicossociais (ALAMY, 2005). Este atendimento visa minimizar o sofrimento causado pela hospitalização, contudo não somente a hospitalização em si e a especificidade da doença em tratamento, mas principalmente as suas repercussões emocionais (ANGERAMI, 1994).

A Psicologia hospitalar ajudou e ajuda a humanização da prática dos profissionais da saúde no contexto hospitalar. É determinante para a própria mudança da postura médica diante de um quadro intenso de doenças, onde os aspectos emocionais passaram a ser considerados como parte do quadro geral do paciente (CAMPOS, 1995).

Para Campos (1995), o psicólogo possui uma atuação dentro do hospital, como um profissional da saúde, integrando o indivíduo, bem como as áreas sociais e da Saúde Pública, em busca do bem-estar individual e social do ser humano. De acordo com Pessini (2004), é inegável a contribuição da Psicologia no contexto hospitalar, principalmente nos últimos anos, no resgate do ser humano para além de sua dimensão física e biológica, vinculando sentido e significado às suas dimensões psicossociais.

O psicólogo necessita atentar para os conteúdos manifestos e latentes, além de também diagnosticar e compreender a queixa envolvida, o sintoma, a doença, contribuindo para a humanização do hospital, tendo uma função educativa, profilática e psicoterapêutica (MARTINS et al., 2001). É fundamental no trabalho do psicólogo hospitalar o contato constante com profissionais de outras áreas, fazendo com que esse profissional desenvolva habilidades como as de relacionamento interpessoal (GORAYEB et al., 2003).

Nesse sentido, para se desenvolver esse tipo de trabalho, multi e interdisciplinar é preciso utilizar uma mesma linguagem entre os profissionais,

tornando a comunicação efetiva. Dessa forma, os profissionais devem conhecer as características epidemiológicas das doenças dos pacientes, pois, somente assim, seu plano de trabalho tem maiores chances de ser mais produtivo, inovador e gerador de conhecimentos. É uma estratégia que traz benefícios à interação com a equipe e à ação com os pacientes. É agindo de forma comprometida e interessada que o psicólogo estará preparado para interagir com a equipe como um membro participante e não como mero coadjuvante (GORAYEB, 2001). Portanto, os psicólogos também necessitam conhecer as características sociodemográficas, clínicas e terapêuticas dos pacientes para avaliar e planejar a sua intervenção.

A relação do psicólogo com os demais profissionais da equipe de saúde deve abranger a totalidade das possibilidades desta interação, potencializando diferentes vertentes no decorrer do trabalho. Cotidianamente o profissional de saúde pode apresentar sentimentos ambivalentes de onipotência e impotência, principalmente em caso de óbito. Nesta situação, o psicólogo será o facilitador do fluxo dessas emoções e reflexões para os profissionais, com sinalização de exacerbação de suas defesas, que podem levar à alienação de seus próprios sentimentos, além de favorecer a compreensão de sua onipotência (ANGERAMI, 2003).

Para Campos (1995), o psicólogo pode auxiliar a conscientização de todos os profissionais para o trabalho interdisciplinar, contribuindo com os aspectos psicológicos na discussão de casos ou situações emergentes nos vários contextos de atendimento, para melhor compreensão da situação do paciente e da família. Dentro da equipe interdisciplinar, em se tratando de um contexto de uma enfermaria cirúrgica, é de extrema importância que a equipe cirúrgica também considere estes aspectos como prioritários para a condução do tratamento.

Considerando as repercussões emocionais do adoecimento por doenças colorretais crônicas como a DII e o CCR, que apresentam evolução grave e que requerem tratamentos cirúrgicos complexos, ou seja, cirurgia de grande porte com mutilação envolvida, o paciente apresenta uma demanda específica de intervenção psicoterápica durante o período de internação hospitalar para o tratamento cirúrgico, que pode ser reconhecida por todos os profissionais que prestam assistência. Desta forma, a recuperação fisiológica será favorecida,

assim como o alcance da reabilitação estará contemplada durante este momento.

A Portaria nº 3.535 do Ministério da Saúde, publicada no Diário da União, em 14/10/1998, determina a presença obrigatória do psicólogo nos serviços de suporte, como critérios de cadastramento de centros de atendimento em Oncologia junto ao Sistema Único de Saúde, por meio desse critério ocorreu o desenvolvimento da área denominada Psico-oncologia (BRASIL, 2009).

Para Gimenez (1994, p. 46) “A Psico-oncologia é a área de interface entre a Psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico proveniente da Psicologia da Saúde”. A psico-oncologia é responsável pelo estudo das variáveis psicológicas e comportamentais envolvidas no processo de adoecimento e cura ao longo das intervenções ocorridas neste contexto e a formalização dessa área ocorreu em Nova York, no Memorial Sloan Kettering Hospital, um centro médico especializado em câncer (VEIT; CARVALHO, 2010).

Esse conhecimento é aplicado na assistência ao paciente oncológico, aprofundando-se os fatores psicológicos, incluindo-se da família e dos profissionais de saúde nas diferentes fases do atendimento como prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; bem como para a pesquisa e a organização de serviços oncológicos para o atendimento integral do paciente (AMBRÓSIO; SANTOS, 2009; GIMENEZ, 1994). Essas práticas da Psicooncologia podem ser utilizadas no atendimento de pessoas em tratamentos de outras doenças crônicas graves, pois a vivência do paciente diante dos diagnósticos, procedimentos e terapêuticas podem ser dolorosos e difíceis, com o surgimento de emoções e sentimentos semelhantes.

O psicólogo se depara, muitas vezes, com pacientes com doenças graves e que são submetidos a tratamentos que resultam na confecção de uma estomia intestinal. Sua intervenção tem por finalidade auxiliar o paciente a enfrentar o diagnóstico e os tratamentos, com a compreensão dos aspectos simbólicos da doença e a experiência do adoecimento, favorecendo suas ressignificações (VENÂNCIO, 2004). Além de mostrar ao paciente que o momento vivido pode ser compartilhado, também é possível estimulá-lo a buscar seus recursos internos. Estas podem ser estratégias que minimizam ou

favoreçam lidar com sentimentos de solidão e derrota, por meio da elaboração do seu sofrimento psíquico e das situações que envolvem ansiedade, depressão e perda da dignidade. Assim, o psicólogo compartilha cumplicidade e empatia (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Para as intervenções psicológicas para esta clientela durante o período de internação para tratamento cirúrgico mutilatório, será necessário que o psicólogo tenha conhecimento sobre as doenças, tratamentos e suas repercussões fisiológicas e psicossociais, além das possíveis reações e comportamentos psicológicos. Não há um referencial teórico específico, contudo, a base inicial é a intervenção de acolhimento para auxiliá-lo no enfrentamento do adoecimento (CAMPOS, 2010).

Este atendimento psicológico ao paciente deve ser realizado com cuidado, pois não poderá desestabilizá-lo emocionalmente. Este atendimento busca compreender a dor do paciente e os sentimentos decorrentes desta experiência, de maneira a ajudar o paciente a elaborar o adoecimento e as repercussões deste em sua vida (ANGERAMI, 2012).

O diagnóstico psicológico é realizado pelo conhecimento da situação de crise vivida pelo paciente em relação ao adoecimento, que amplia à avaliação para além do diagnóstico por uma classificação de doenças, que nem sempre os testes psicológicos e as escalas quantitativas podem dimensionar (SIMONETTI, 2011).

Segundo o Manual de Psicologia Hospitalar de Simonetti (2011), esta avaliação contempla quatro eixos:

- Reacional: o modo como a pessoa reage à doença;
- Médico: a sua condição clínica;
- Situacional: análise das diversas áreas da vida do paciente;
- Transferencial: análise de suas relações.

Estes eixos são aspectos diferentes da avaliação sobre o adoecimento, que se complementam e possibilitam a identificação das situações-alvo para a intervenção terapêutica, auxiliando a organização do material clínico fornecido pelo paciente (SIMONETTI, 2011).

O atendimento psicológico hospitalar é realizado mediante triagem, que consiste em observações durante a entrevista semidirigida com os pacientes, identificando as características individuais e contextuais relacionadas à

experiência do adoecimento e da terapêutica, além de indicadores de risco para definir a necessidade de uma avaliação mais aprofundada com necessidade de acompanhamento psicológico. As informações da triagem também incluem os aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, conhecimento sobre diagnóstico médico e tratamentos, enfrentamento e adaptação ao adoecimento e terapêuticas, que poderão subsidiar o planejamento de intervenções da equipe interdisciplinar durante o tratamento e o seguimento ambulatorial, melhorando a experiência dos pacientes e familiares (BULTZ et al., 2011; GASPAR, 2011).

Dentre as intervenções psicológicas utilizadas no âmbito hospitalar, encontram-se: o suporte psicológico, a psicoterapia de apoio e a psicoterapia de crise.

O suporte psicológico consiste na utilização de recursos como informação, fornecimento de esclarecimentos, desmistificação de estigmas sobre doenças, estabelecimento dos mecanismos de defesa e enfrentamento do paciente para auxiliá-los na utilização das melhores estratégias para lidar com o estresse físico e psicossocial (GASPAR, 2011).

A psicoterapia de apoio é uma intervenção para a “reação emocional do paciente e da família desencadeada pelo diagnóstico e tratamento”, no qual o tempo de permanência hospitalar é decisivo para que o psicólogo possa planejar a sua intervenção ou a necessidade de seguimento ambulatorial (GASPAR, 2011).

E a psicoterapia de crise objetiva oferecer suporte emocional para estimular o paciente a alcançar uma adaptação perante o adoecimento, considerando a sua capacidade psíquica e os seus recursos sociais para o enfrentamento da crise. Para os pacientes com doenças colorretais, esta crise se origina de um evento estressor relacionado ao diagnóstico e à cirurgia com confecção de estomia intestinal, gerando sentimentos de solidão, angústia, desamparo, esgotamento e falta de perspectiva, chegando até mesmo ao risco de suicídio. Segundo Botega, Figueiredo e Giglio (2012), é importante focalizar o conteúdo expresso pelo paciente por meio das suas atitudes comportamentais e gestuais, além dos conteúdos latentes (conteúdos não explicitados) da escuta, dos sentimentos indiscriminados e conflituosos, das falsas crenças e dos pensamentos automáticos, que impedem a avaliação

adequada em relação à perspectiva do paciente.

O psicólogo hospitalar necessita ter intuição, habilidade, para aprofundar nas questões sobre o processo de adoecimento, com planejamento das ações terapêuticas, conhecimento sobre os processos psíquicos, o que o diferencia dos religiosos e voluntários (SIMONETTI, 2011).

Diante destas demandas psicológicas no contexto hospitalar, pela sua especificidade requer uma sistematização das intervenções psicológicas. Os protocolos psicológicos já estabelecidos, numericamente restritos, realizam avaliação psicológica com definição de intervenções, fundamentalmente com base nas entrevistas com o paciente e obtenção de dados com a família e a equipe profissional. Dentre estas informações temos a história de vida e seus hábitos, mudanças ocorridas após o adoecimento, observação direta do comportamento, assim como de aplicação de instrumentos para avaliação comportamental (PINTO, 2004). Neste estudo, os aspectos centrais da abordagem psicológica serão o tratamento cirúrgico e suas consequências, principalmente, a confecção de estomia intestinal.

No estudo de Turra et al. (2012) foi proposto um Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO) em uma unidade cirúrgica, com atendimento de pacientes com diferentes doenças crônicas, que viabilizou a sistematização da intervenção do Psicólogo no contexto hospitalar. Este é constituído de um conjunto de ações e intervenções planejadas e integradas, com avaliação de resultados, baseados em evidências. Esta sistematização objetiva o atendimento humanizado, flexível e resolutivo, buscando abarcar as principais necessidades psicológicas do paciente.

Dessa maneira, considera-se fundamental que o psicólogo hospitalar estabeleça as demandas e intervenções psicológicas na assistência às pessoas com doenças colorretais em tratamento cirúrgico. Mediante a análise destas demandas, foi possível realizar a proposição de um protocolo de atendimento psicológico para esta clientela, o que poderá contribuir na melhoria e individualização da assistência perioperatória, assim como na atuação da equipe interdisciplinar, com vistas à humanização, no contexto terciário.

Para que o psicólogo possa estabelecer estas demandas e intervenções psicológicas, este deverá entender sobre fisiodoença, terapêutica cirúrgica e suas consequências, prognósticos e seguimento ambulatorial, além das repercussões psicoemocionais. Por outro lado, compreender o estigma em relação à estomia intestinal e os desdobramentos na vida deste paciente, aspectos fundamentais para o seu atendimento.

A confecção de estomia intestinal acarreta mudanças físicas e psicossociais para os pacientes e seus familiares, vinculados a vários sentimentos pessimistas como medo, insegurança, mutilação e sofrimento, além da necessidade de utilização do equipamento coletor. A utilização deste equipamento torna concreta a mutilação pós-cirurgia. Estes sentimentos podem ser autodestrutivos por originar conflitos existenciais, resultando em alterações psicológica, emocional, social, laboral, no lazer e na sexualidade (BATISTA et al., 2011; CARDOSO et al., 2015). Os aspectos psicossociais e emocionais podem estar vinculados ao tipo de cirurgia e pela perda da autonomia decorrente da incontinência fecal. Além disso, outros problemas fisiológicos como menor absorção dos nutrientes nos ileostomizados, podem necessitar suplementação nutricional, e em alguns casos podem ocasionar ainda, indisposição, desnutrição, agravamento clínico e psicossocial no pós-operatório (SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002).

Contudo, neste período é importante que o paciente utilize estratégias de enfrentamento (*coping*), para favorecer a adaptação às mudanças fisiológicas e psicossociais. Conceitualmente, *coping* é decorrente dos esforços cognitivos e comportamentais, utilizados pela pessoa para lidar com exigências internas ou externas, em situações de estresse, neste caso, a cirurgia com confecção de estomia intestinal (LAZARUS; FOLKMANN, 1994).

As duas funções principais do *coping* estão relacionadas com o controle das emoções, com a utilização de recursos como a esperança e o otimismo; e na resolução do problema, cuja capacidade possibilita criar soluções para determinado agente ou situação estressora. Em relação às estratégias de *coping*, estas são classificadas como confrontativas, que se tratam de estratégias ativas como aceitação, planejamento, reenquadramento positivo, procura de apoio e resolução de problemas; e as estratégias de evitamento que são constituídas por negação, autoculpabilização e uso de substâncias para

lidar com o evento/situação estressora (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004). A capacidade de utilização de estratégias de *coping* favoráveis para lidar com os estressores é o que caracteriza o paciente que consegue alcançar à adaptação diante da sua nova condição.

Estudos com pacientes em condições crônicas com utilização do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus evidenciaram que estratégias de enfrentamento focadas no problema, foram positivas no processo de finitude. Portanto, os profissionais de saúde podem reforçar ou auxiliar durante o cuidado destes pacientes, na escolha de formas mais positivas de enfrentamento e oferecer suporte profissional aos pacientes no desenvolvimento de mecanismos adaptativos (SILVA et al., 2017; SORATO; OSÓRIO, 2015; BERTOLIN et al., 2011).

Ainda, o *coping* religioso/espiritual tem sido utilizado por estes pacientes como uma das estratégias de enfrentamento, que tem sido efetiva. Portanto, os profissionais de saúde devem possibilitar a oferta do cuidado espiritual (MESQUITA et al., 2013).

Outra estratégia é o apoio familiar, essencial para o paciente compreender os sentimentos gerados pela estomia como as angústias, medos, inseguranças e revolta, favorecendo a interação entre os diferentes membros da família e estimulando-o de forma otimista (COUTO; MEDEIROS, 2013).

A equipe de saúde também se torna uma fonte importante de apoio, cujas orientações, informações e tratamento oferecidos aos pacientes são reconhecidos como uma estratégia de enfrentamento. Assim, esta intervenção dos profissionais, de forma empática, pode melhorar a confiança e o apoio, na aquisição de competências para enfrentamento otimista (COUTO; MEDEIROS, 2013). A inserção do psicólogo na área hospitalar como parte da equipe interdisciplinar, poderá favorecer a utilização desta estratégia.

Na abordagem destes pacientes é fundamental a assistência ao paciente e sua família, visando à recuperação física, emocional e reabilitação pós-operatória, com uma equipe interdisciplinar e especializada, constituída pelo cirurgião, pela enfermagem, pela psicologia, pela nutrição e pela assistente social. Durante a internação hospitalar são necessários os cuidados procedimentais perioperatórios, que incluem o ensino do autocuidado, o preparo da família para o cuidado no domicílio, além do suporte psicológico.

No contexto brasileiro, a continuidade da assistência hospitalar para esta clientela é assegurada com o encaminhamento do paciente ao Programa de Ostomizados do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido pelo Governo Federal, que oferece assistência multiprofissional especializada, focalizando o autocuidado e o fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes. Para esta clientela, além da assistência especializada, este programa tem constituído um espaço importante de convívio e troca de experiências com outras pessoas, que já passaram por situações semelhantes. Desta forma, é importante que a equipe interdisciplinar conheça as características socioculturais, clínicas e terapêuticas destes pacientes, assim como formas de enfrentamento em relação ao tratamento cirúrgico e suas consequências mutilatórias para adequar o planejamento da assistência. A utilização destas estratégias potencializa a ação de todos. Consequentemente, isto possibilitará que cada paciente no seu contexto, possa ter uma compreensão e assimilação de conhecimentos sobre tratamentos e suas consequências, bem como as repercussões cotidianas, para melhor enfrentamento possível e ter proatividade no autocuidado (LENZA et al., 2013).

Pelo exposto, as pessoas com doenças colorretais crônicas, no caso CCR e DII, necessitam de suporte psicológico para o fortalecimento de estratégias de enfrentamento diante do adoecimento, das terapêuticas e das suas consequências. Este atendimento psicológico ao paciente propiciará a elaboração e a adaptação ao processo cirúrgico com confecção de estomia intestinal, o que amenizará o sofrimento do paciente, mediante acolhimento, além de auxiliar a equipe interdisciplinar para estabelecer o vínculo de confiança, essencial para a assistência à saúde (SILVA; GASPAR, 2013).

O adoecimento crônico repercute, tanto para o paciente como a sua família, a qual passa por diferentes fases, desde o diagnóstico até a realização dos tratamentos, adaptação à nova condição e até mesmo a finitude. Durante o processo de adoecimento ocorrem três fases (ROLLAND, 1995):

- Crise: que se caracteriza pelo início dos sintomas e descoberta do diagnóstico, requerendo uma readaptação e gerenciamento familiar;
- Crônica: fase de convívio com a doença e de ajustes psicossociais;

- Fase de período terminal: ocorre quando a doença evolui para um prognóstico de morte, caracterizada por despedidas, perdas e retomada da vida familiar depois da morte.

Para o psicólogo é importante que se atente ao *timing* do adoecimento crônico com os períodos de desenvolvimento, de transição do indivíduo/família e de construção/manutenção de estrutura de vida (ROLLAND, 1995).

A compreensão sobre as fases que a família passa durante o adoecimento crônico é favorecida pela utilização de uma linguagem compartilhada com todos os profissionais da saúde, paciente e família. Há oscilação das fases vividas pela família, com momentos de cumprir decisões e compromissos, em que a família se centra nela mesma com sinergia das ações de todos membros e outras fases menos ditados por tarefas grupais, ou seja, existe uma focalização de ações de determinados membros (ROLLAND, 1995).

O diagnóstico de CCR é considerado como uma doença mais grave, se comparado a outras doenças colorretais crônicas, mas ambos podem resultar em uma cirurgia com confecção de uma estomia intestinal. Diante deste fato, há a necessidade de realizar alterações e adaptações no âmbito familiar, podendo resultar em estresse familiar (ALVES et al., 2007). Este estresse ocorre quando há um desequilíbrio entre as capacidades de enfrentamento do paciente e de sua família e a utilização de estratégias e recursos mais adequados são necessários para lidar com a situação (LOPES, 2007).

A estomia causa uma mudança repentina, tanto fisicamente quanto no âmbito biopsicossocial para o paciente e sua família. A partir deste momento, a família busca soluções para dar um sentido em seu dia a dia no enfrentamento de seu sofrimento (ANGELO, 2010). A família procura ajudar o seu adoecido, oferecendo suporte, buscando em si e nas redes de apoio social para fortalecer a autoestima e ajudá-lo a enfrentar os momentos difíceis e dolorosos (BRUSAMARELLO et al., 2011).

A família durante o adoecimento se torna uma rede de apoio fundamental e para tanto é necessário que os profissionais realizem o planejamento da assistência, inserindo-a na implementação de suas ações, mediante o conhecimento da estrutura e da dinâmica familiar, das relações estabelecidas com o paciente e da mudança de papeis dos membros familiares durante o processo de adoecimento. Isto potencializa o desenvolvimento de um

vínculo com a família, além de melhorar a assistência prestada para o alcance da adaptação (DI PRIMIO et al., 2010).

É importante saber que a formação da rede de apoio social familiar pode ser nuclear, extensa e/ou expandida. Cada família é única, apresenta suas particularidades e é formada por pessoas culturalmente semelhantes, que estabelecem seu modo de convívio e as formas de enfrentamento diante do adoecimento, com fortalecimento das relações familiares e de apoio entre seus membros, paciente e profissional (SIMON et al., 2015). Por isso o atendimento da equipe de saúde deve incluir o binômio paciente e família, pois desta forma as manifestações verbais, emocionais e sentimentais sobre a experiência de adoecimento e do tratamento cirúrgico com confecção de estomia intestinal, podem ser mediadas pela própria família, possibilitando a humanização do cuidado.

Quando o paciente se vê com uma estomia intestinal, se depara com mudanças em todos os âmbitos, como a perda do controle das funções intestinais, alteração da imagem corporal e necessidade de cuidados pessoais com adaptações em todos os domínios da vida (COUTO; MEDEIROS, 2013).

Há várias fases que o paciente vivencia em relação as reações emocionais durante o adoecimento, desde o momento que recebe o diagnóstico até a realização dos tratamentos. Essas reações caracterizam diferentes sentimentos, emoções e comportamentos, cujas fases são denominadas de negação, revolta, depressão e enfrentamento (SIMONETTI, 2011).

Na maioria dos casos, a negação é uma fase inicial e passageira, que pode ser identificada, tanto no acolhimento como no seguimento. Neste momento, o psicólogo deverá aguardar até que surjam os sinais (compreensão sobre o adoecimento e tratamento), para possibilitar que o paciente expresse verbalmente para romper esta negação. A negação é uma defesa psicológica, é um momento que o paciente ainda não consegue entrar em contato com a realidade do seu diagnóstico, havendo um tempo necessário para que ele fortaleça seu psíquico (SIMONETTI, 2011). Assim, muitos pacientes ao serem comunicados sobre a necessidade de tratamento cirúrgico com confecção de uma estomia por câncer ou outra doença crônica intestinal, procuram não falar sobre a cirurgia, referem acreditar que se trata de algo que será de fácil

resolução, tentando fugir e negar a gravidade. Porém nesse momento é importante respeitar o tempo interno do paciente para que este consiga elaborar a sua condição de saúde, bem como a necessidade do tratamento cirúrgico, sempre o informando com clareza sobre todos os procedimentos indicados para a resolução do problema.

Durante a fase da revolta, o paciente consegue entrar em contato com a experiência de seu adoecimento, pode apresentar inclusive raiva da situação, manifestando-se por palavras e gestos agressivos, recusando-se, muitas vezes, os tratamentos e intervenções terapêuticas. Nessa fase, o psicólogo não precisa ser conivente com os comportamentos apresentados pelo paciente, mas deve reconhecer os sentimentos dos pacientes, ouvi-los e ajudá-los na elaboração dessas emoções e comportamentos (SIMONETTI, 2011). É comum nessa fase que pacientes se mostrem agressivos com a equipe, e assim são rotulados como “pacientes problemas”. É importante conscientizar a equipe que esta agressividade não é direcionada individualmente a cada profissional, mas esta é vinculada à condição de saúde do paciente, suas perdas e seu sofrimento.

A depressão é uma fase esperada diante de um adoecimento grave, é quando o paciente entra em contato com a doença de forma realista. É nessa fase que começa a perceber suas perdas físicas (incontinência fecal acarretada pela estomia), sociais (relacionamentos, trabalho e lazer) e a interrupção de seus sonhos e projetos futuros, analisando sobre as possibilidades de serem alcançados ou não. Neste momento, é de extrema importância o suporte psicológico para ajudar o paciente a passar por essa etapa. O psicólogo deve se atentar sobre essas características e avaliar se esta depressão poderá ter uma evolução patológica e se há a necessidade de uma intervenção clínica (SIMONETTI, 2011).

Durante esta fase, muitas pessoas com estomia não conseguem manter as suas atividades cotidianas, pois além de enfrentarem limitações nas atividades laborais, também abdicam de realizar esforços físicos devido à ocorrência de complicações pós-operatórias no local cirúrgico. Podem sofrer isolamento social devido ao preconceito em relação ao uso do equipamento coletor, em atividades profissionais relacionadas à manipulação de alimentos e de atendimento ao público. Aliado a esta situação, muitos estomizados deixam

de frequentar ambientes sociais, pois sentem-se incomodados com seu próprio corpo, pela impossibilidade de controle de suas funções intestinais em decorrência da cirurgia, o que acarreta sentimentos como vergonha e receio de passar por alguma situação constrangedora devido ao uso do equipamento coletor. Nos relacionamentos afetivos, sentem-se incomodados, envergonhados com a sua condição e receosos com possíveis reações de seu companheiro/a, refletindo diretamente na sua imagem corporal e na vida sexual (OLIVEIRA et al. 2014; TELES et al., 2017).

Por fim, temos a fase do enfrentamento, na qual o paciente apresenta o luto pelas perdas e na luta pela vida. Este é o momento em que o paciente elabora a sua experiência sobre o adoecimento. Nesta fase, o psicólogo avalia as manifestações de sentimentos e emoções, ajudando-o a lutar e a vivenciar o luto, por meio da escuta (SIMONETTI, 2011). É a fase da adaptação diante das mudanças ocorridas na vida do paciente, após o tratamento cirúrgico e a estomia intestinal.

Para favorecer a adaptação do paciente, este deve receber durante a internação para o tratamento cirúrgico com confecção da estomia, um atendimento interdisciplinar, com informações claras e objetivas sobre a sua doença, tratamento e suas consequências, além do seguimento hospitalar.

Diante do exposto, contextualizaremos a experiência perioperatória de pacientes com possibilidade de confecção de estomia intestinal por doenças colorretais crônicas, cuja análise será fundamentada nos pressupostos da Psicologia Hospitalar.

Em geral, a experiência destes pacientes, no contexto da enfermaria cirúrgica em um hospital terciário abarca uma sequência de acontecimentos clínicos, tanto no pré-operatório como no pós-operatório mediato.

A internação na enfermaria cirúrgica tem um tempo médio de cinco a sete dias. Na maioria das vezes, no dia do atendimento ambulatorial, quando o paciente vem para a consulta, recebe a notícia dos resultados de exames, diagnóstico definitivo e indicação do tratamento cirúrgico. Além disso, a internação pode ocorrer neste mesmo dia, o que não constitui uma expectativa do paciente e o surpreende de forma inesperada.

Na solicitação de internação, a equipe cirúrgica pode indicar a necessidade de exames pré-operatórios, que podem exigir uma agilidade de

realização. Na sexta-feira, acontece a visita médica junto com a equipe interdisciplinar. Nesta visita, são discutidos os casos para avaliar a melhor conduta para pacientes que serão escalados para a programação cirúrgica da próxima semana. Após esta visita, muitos dos pacientes que internaram na quinta-feira, recebem a confirmação da realização da cirurgia e então realizam os exames já solicitados e a avaliação pré-anestésica pelo anestesista no ambulatório para avaliar as condições e os riscos para a realização da cirurgia.

Posteriormente, os pacientes que serão submetidos à cirurgia na quarta-feira e com condições clínicas favoráveis podem receber a alta licença até domingo, quando internam para realizar o preparo pré-operatório.

No período pré-operatório, as intervenções específicas relacionadas são: o preparo colônico de três dias, que envolve dieta líquida sem resíduos e lavagem intestinal, que pode gerar desconfortos físicos e psicológicos; a realização de exames especializados como colonoscopia e tomografia computadorizada, além de outros exames de rotina como de fluidos corporais, de sangue e de raio-x; a demarcação de estomia, que é um procedimento realizado pelo estomaterapeuta ou enfermeiro capacitado, para a escolha do local mais adequado para a confecção da estomia intestinal pelo cirurgião; e na véspera da cirurgia o jejum e instalação de soroterapia. Dessa maneira, o paciente realiza uma sequência de procedimentos e exames, que exigem uma resistência física e psicológica.

Além da rotina exaustiva de preparos e exames pré-operatórios, o paciente na enfermaria cirúrgica convive em um ambiente diferente do seu domicílio, onde sua privacidade é afetada, pois, divide a enfermaria com outros pacientes e acompanhantes dos mesmos. Além disso, vivencia as rotinas específicas da unidade, como cuidados de enfermagem (medicamentos, higiene corporal, refeições, dentre outros), além da normatização de visitas e de mobilidade neste ambiente. Mesmo durante a noite o paciente tem seu ritmo de sono comprometido, pois muitas vezes há a necessidade de os profissionais realizarem procedimentos com o mesmo ou com outros pacientes. Apesar do estabelecimento organizacional com canalização de cuidados para determinados horários, considerando a necessidade de possibilitar conforto e repouso dos pacientes, às vezes é preciso realizar intervenções fora dos horários estipulados devido as necessidades dos pacientes.

Todas estas situações repercutem na experiência dos pacientes, pois, nem sempre as suas expectativas ocorrem, causando estresse, ansiedade e surgimento de situações que estes podem ter maior dificuldade de enfrentamento, que se somam às alterações fisiológicas no perioperatório.

Sob o ponto de vista fisiológico, estes pacientes podem apresentar maior comprometimento clínico, tanto no pré quanto no pós-operatório, caracterizado por fadiga, que influencia o aspecto psicológico. A fadiga causa um cansaço crônico, que pode impedir que o paciente consiga realizar atividades rotineiras de vida diária, com modificação rápida e intensa, a depender dos procedimentos de preparo e propriamente da cirurgia realizada. Em relação a cirurgia, é importante considerar a condição clínica prévia, a complexidade, a evolução e ocorrência de complicações pós-operatórias.

Sob o ponto de vista psicológico, estas alterações fisiológicas resultam em maior labilidade emocional que interfere na recuperação do paciente no pós-operatório mediato. Esta experiência causa uma alternância de sentimentos otimistas e pessimistas, que são vinculados à sua evolução clínica, com uma diversidade de emoções, sentimentos e mudanças repentinas. Considerando estas alterações, a participação do psicólogo na equipe interdisciplinar é fundamental.

Na equipe interdisciplinar, a assistência prestada a estes pacientes, podem ter uma especificidade de intervenções da equipe da enfermagem, da equipe cirúrgica, da psicologia e do serviço social, com abordagem de diferentes aspectos relacionados a formação de cada profissional.

No pré-operatório, a enfermagem fornece informações sobre o ambiente e a rotina da enfermaria cirúrgica e do bloco cirúrgico, assim como da necessidade de uso de equipamentos e dispositivos para o tratamento cirúrgico.

A equipe cirúrgica comunica o diagnóstico, informa sobre os procedimentos cirúrgicos e seguimento ambulatorial após a alta hospitalar.

A psicologia proporciona suporte psicológico abordando as questões relacionadas ao tratamento cirúrgico, auxiliando o paciente no enfretamento durante esse período.

O serviço social realiza o cadastro dos pacientes para o Programa de Ostomizados na região onde o paciente reside, além de oferecer informações sobre os direitos dos estomizados, como os benefícios sociais, entre outros.

No momento que antecede a cirurgia, o apoio familiar, ou de uma pessoa significativa para o paciente é extremamente importante, em muitos casos estas pessoas permanecem como acompanhantes na enfermaria, fornecendo amparo e segurança, para que o mesmo se sinta mais confiante em relação ao tratamento cirúrgico. Assim, os pacientes podem compartilhar com os familiares e amigos as diferentes emoções e sentimentos ao longo da hospitalização (PEREIRA et al., 2016). Por outro lado, estes acompanhantes ou familiares, quando há a possibilidade de confecção de estomia, são incluídos no ensino pré-operatório sobre cirurgia e suas consequências e no preparo para a alta hospitalar no pós-operatório em relação ao autocuidado com a estomia e o equipamento coletor.

No pós-operatório mediato, o paciente com estomia intestinal se depara com um corpo diferente, que suscita reações e sentimentos que podem trazer à tona o estigma cultural em relação à deficiência e a capacidade individual, segundo os padrões sociais. De acordo com relatos dos pacientes, na sala de recuperação anestésica, a primeira preocupação é a confirmação da confecção da estomia, pois assim que possível, buscam em seu abdômen a presença do equipamento coletor. Para muitos a confecção da estomia é vinculado com gravidade de sua condição clínica, o que nem sempre é fidedigno, pois esta pode ser resultante de uma prevenção de possíveis complicações pós-operatórias.

Essa preocupação se estende quando se concretiza a necessidade de ter um equipamento coletor e consequentemente uma vida que necessitará de intensas mudanças em todos os aspectos, pessoal, social e laboral. Isso se deve a reabilitação diante do uso e cuidado do equipamento coletor, mudança nas atividades de vida diária, que requer adaptações da estrutura física nos domicílios, como de banheiros adaptados para facilitar o esvaziamento do equipamento coletor, assim como de outras adaptações na rotina do paciente e da família.

No momento que o paciente tem o primeiro contato com a estomia, é necessário que os profissionais avaliem as principais demandas em relação ao

autocuidado, sanando dúvidas e preocupações, tanto do paciente quanto do familiar, favorecendo a adaptação a nova condição.

Dessa maneira, compreende-se que a reabilitação física e psicossocial depende de vários fatores e de vários profissionais da equipe interdisciplinar, pois as demandas de necessidades devem ser estabelecidas de forma individualizada. Para assegurar o alcance da reabilitação, é fundamental que o paciente seja encaminhado para cadastramento e aquisição de equipamentos coletores e os adjuvantes no Programa de Ostomizados do SUS ou do convênio de saúde suplementar, além do seguimento ambulatorial especializado. Não se deve atentar somente para a aquisição dos equipamentos coletores e adjuvantes, mas assegurar os direitos e a adaptação do paciente em relação ao seu equipamento, com a retomada da autonomia e independência, respeitando-se as limitações individuais e a capacidade de enfrentamento (LENZA et al., 2015; SASAKI, 2018; ROSADO, 2019).

Para o alcance da reabilitação é necessário que esta seja iniciada no pré-operatório, por meio de uma assistência especializada, com inclusão do paciente e seus familiares, possibilitando a compreensão destes sobre as adaptações necessárias para viver com uma estomia intestinal, oferecendo suporte ao longo do tratamento e do seguimento para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que favoreçam a independência e gerenciamento dessa nova condição (SASAKI et al., 2017).

Assim, com uma linguagem acessível e de fácil compreensão pelo paciente, que possa esclarecer as dúvidas e possibilitar que o mesmo tenha um contato de forma mais concreta com sua condição clínica, será possível estimulá-lo a ter proatividade no seu processo de recuperação e reabilitação, bem como na realização do autocuidado, na prevenção de complicações pós-operatórias, com desmistificação do estigma, amenizando as situações de estresse.

Além dos cuidados físicos no pré e pós-operatório mediato oferecidos ao paciente, é fundamental que tenha um suporte psicológico para auxiliá-lo durante o perioperatório, para que este tenha melhores condições para a sua reabilitação. O suporte psicológico no perioperatório para o paciente com estomia intestinal por doença colorretal crônica, fundamentada na Psicologia Hospitalar, possibilitará a retomada de suas atividades de vida diária após o

tratamento cirúrgico, com adaptação às mudanças ocorridas e assim este poderá enfrentar suas dificuldades, medos, inseguranças e seguir em frente com o seu tratamento e a sua vida (SILVA et al., 2019).

Diante do exposto, nossa tese é que o protocolo de atendimento psicológico para pacientes com doenças colorretais crônicas no perioperatório, elaborado com fundamentação em evidências científicas e no referencial teórico da Psicologia Hospitalar, favorecerá o atendimento das demandas psicológicas individuais desta clientela, possibilitando a utilização de estratégias de enfrentamento mais adequadas, potencializando a assistência da equipe interdisciplinar e contribuirá no estabelecimento do papel do psicólogo no contexto hospitalar perioperatório.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP/EERP-USP - CAAE: 58356416.2.0000.5393), em conformidade aos preceitos éticos de Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012) (ANEXO A).

Posteriormente, as pessoas em primeiro tratamento cirúrgico com possibilidade de confecção de estomia intestinal foram convidadas a participar do estudo, com formalização do aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) em duas vias, sendo que uma via foi fornecida ao participante e a outra foi arquivada pela pesquisadora. Foram mantidos o anonimato e o sigilo dos dados, assim como a liberdade de interrupção da participação da pesquisa, a qualquer tempo. Para a segunda etapa (Etapa qualitativa) do estudo foi fornecido um TCLE específico (ANEXO C).

Os riscos previstos foram mínimos no que se refere ao surgimento de desconfortos emocionais e caso ocorresse, a coleta de dados poderia ser interrompida imediatamente, com encaminhamento e seguimento psicológico por uma psicóloga, com experiência no atendimento de pacientes em unidades hospitalares, membro do Grupo de Pesquisa. Os mesmos riscos e critérios foram previstos e mantidos para a etapa qualitativa. Em todo o desenvolvimento deste estudo, somente houve uma interrupção de participação de paciente, na etapa quantitativa.

5.2 Delineamento

Este projeto foi realizado em duas etapas, com integração de abordagens quantitativa e qualitativa em um estudo de desenho misto, do tipo sequencial explanatório. Este se caracteriza com uma primeira etapa com coleta e análise de dados quantitativos e a segunda etapa qualitativa, que tem por finalidade explorar e complementar os resultados quantitativos iniciais (CLARK, CRESWELL, 2013).

A primeira etapa foi uma pesquisa descritiva, longitudinal e de abordagem quantitativa, com participação de pacientes com diagnósticos de doenças colorretais crônicas em tratamento cirúrgico com possibilidade de confecção de estomia intestinal, considerando a dinâmica e a organização de atendimento e de realização de cirurgias no local de estudo, tanto no período pré como no pós-operatório mediato.

O estudo quantitativo não experimental visa explorar acontecimentos, pessoas ou situações, na medida em que eles ocorrem de forma natural e a pesquisa descritiva objetiva a descrição das características de determinada população, tendo o planejamento flexível, com emprego de técnicas padronizadas de coleta de dados como questionário, escalas e observação sistematizada. Nos estudos longitudinais tipo painel investigam-se mudanças ao longo do tempo no mesmo grupo de participantes, permitindo o conhecimento das mudanças grupais e individuais (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

A segunda etapa foi realizada com abordagem qualitativa, por possibilitar explorar um estado de realidade, que não pode ser quantificado, por meio da análise dos fenômenos sociais, com construção de significados das experiências subjetivas ou coletivas, na busca da compreensão das motivações, crenças, valores e atitudes, resultantes da ação humana, apreendidos no cotidiano dos participantes com CCR e DII em tratamento cirúrgico com confecção de estomia intestinal (POPE, MAYS, 2009).

Esta etapa qualitativa foi realizada com implementação do protocolo de atendimento psicológico desenvolvido neste estudo por meio de entrevistas individuais, com questões norteadoras sobre a demanda psicológica para o enfrentamento da cirurgia e da estomização dos participantes do estudo, tanto no período pré como no pós-operatório mediato.

5.2.1 Local do Estudo

O estudo foi realizado na Especialidade de Coloproctologia, na unidade de internação cirúrgica de um hospital universitário paulista, integrado ao SUS. Esta especialidade possui quatro enfermarias, sendo uma com quatro leitos masculinos, outra com quatro leitos femininos, além de uma com dois leitos e

um leito volante, que são convertidos para internação masculina ou feminina, de acordo com a demanda de pacientes. Além da equipe cirúrgica e de enfermagem, o atendimento é realizado por outros profissionais como psicólogo, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta, sendo que estes não ficam estritamente vinculados à assistência desta clientela.

Em geral, o paciente é internado na 5ª feira, com realização de exames pré-operatórios e na 6ª feira é iniciado o preparo para o tratamento cirúrgico. As cirurgias são realizadas as segundas, terças e quartas-feiras, sendo que o tempo médio de internação é de cinco a sete dias, com as altas hospitalares previstas, principalmente, aos sábados e domingos.

5.2.2 Desenvolvimento do estudo - 1ª Etapa Quantitativa

A Etapa Quantitativa foi desenvolvida em duas fases, a primeira que correspondeu ao estudo piloto e posteriormente, a realização propriamente da coleta, análise e discussão de dados quantitativos.

5.2.2.1 Critérios para seleção da amostra

Para a etapa quantitativa, foram estabelecidos os critérios de inclusão para a amostra: pacientes em primeiro tratamento cirúrgico com possibilidade de confecção de estomia intestinal por CCR ou DII; idade acima de 18 anos; de ambos os sexos; que obtivessem a pontuação adequada no Miniexame do Estado Mental (MEEM) considerando-se a sua escolaridade.

Os critérios de exclusão estabelecido foi: paciente com CCR ou DII, internado para tratamento clínico ou por complicações pós-operatórias; e com problemas cognitivos diagnosticados, que o impossibilitassem de responder os questionários.

5.2.2.2 Estudo Piloto

O estudo piloto tem por finalidade determinar se a aplicação do instrumento de coleta de dados apresenta clareza, imparcialidade e eficiência na obtenção das informações para o alcance dos objetivos do estudo quantitativo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Desta forma, este foi realizado, entre janeiro e fevereiro de 2017, a análise da viabilidade da utilização do instrumento de avaliação do estado mental do paciente em primeiro tratamento cirúrgico por doenças colorretais crônicas com possibilidade de estomização intestinal, mediante aplicação do MEEM e da avaliação da utilização de estratégias de enfrentamento do tratamento cirúrgico por meio do "Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus".

O MEEM é um instrumento que tem sido utilizado para a detecção de perdas cognitivas, criado por Folstein, Folstein e Mchugh (1975) e validado no Brasil por Bertolucci et. al. (1994), em diferentes contextos de atendimento à saúde. Este é composto por questões agrupadas em 7 categorias, para avaliar "funções" cognitivas específicas como orientação para o tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore mínimo é zero e máximo de 30 pontos. Brucki et al. (2003) consideraram o grau de escolaridade e estabeleceram cortes diferentes, sendo 20 pontos para analfabetos e 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para escolaridade de 5 a 8 anos e 28 para escolaridade de 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos.

O "Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus", que foi construída nos Estados Unidos por Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, De Longis e Gruen (1986) e validada no Brasil por Savóia, Santana e Mejias (1996), para avaliação da utilização das estratégias de *coping*. Este instrumento é constituído por 66 itens, incluindo pensamentos e ações utilizadas para lidar com demandas internas ou externas de determinado evento estressante, no caso deste estudo, a primeira cirurgia com possibilidade de confecção de estomia intestinal. Há oito fatores de classificação em relação à utilização de estratégias e a sua intensidade que são o confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva, cuja proposição escalar é do tipo Likert, que avalia a intensidade de utilização para cada estratégia mencionada, cujas opções de respostas são: (0) não usei esta estratégia, (1) usei um pouco, (2) usei bastante e (3) usei em grande quantidade. A pontuação máxima é de 198 pontos e estabelecemos três

categorias em uma escala linear numérica de (0-198 pontos), cuja classificação foi denominada para os participantes como: utilização mínima de estratégias (0-66 pontos), utilização mediana de estratégias (67-132 pontos) e utilização máxima de estratégias (133-198 pontos). Neste processo de associação da pontuação deste instrumento e a atribuição de valores nestas três categorias, contamos com a assessoria de uma pesquisadora com experiência de utilização de instrumentos quantitativos.

Desta forma, no estudo piloto participaram quatro pacientes com doenças colorretais crônicas, que contemplavam os critérios de inclusão para a etapa quantitativa.

Esta fase inicial foi fundamental, pois foi possível verificar a clareza das perguntas, o entendimento e compreensão dos instrumentos pelos entrevistados, a coerência das perguntas, a duração das entrevistas, a adequada estruturação dos instrumentos de coleta de dados, considerando a sequência das perguntas e a existência de interferência da sequência, o espaço deixado para as respostas, averiguar a aplicabilidade de todos os instrumentos da coleta de dados para a população a ser estudada, além de propiciar familiaridade do pesquisador com o instrumento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Com o desenvolvimento do estudo piloto, destacamos aspectos sobre a viabilidade de utilização destes instrumentos neste estudo.

A maioria dos pacientes com diagnóstico de CCR e DII, no momento da internação no contexto da Enfermaria Cirúrgica, apresenta um quadro de comprometimento clínico, psicológico e debilidade, que se intensifica no pós-operatório mediato, em decorrência da cirurgia. Este quadro é denominado de fadiga, que se caracteriza por cansaço crônico e o paciente apresenta indisposição extrema para realizar toda e qualquer atividade. Estas condições clínicas, no pré-operatório e no pós-operatório, dificultaram a compreensão dos 66 itens abordados pelo “Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus”, por exigir maior esforço dos participantes do estudo piloto. Estes aspectos poderiam constituir viés, por comprometer a compreensão e, por conseguinte, influenciar a qualidade das informações fornecidas pelos participantes. Além disso, notou-se que os itens do instrumento causavam desconforto emocional, como pode ser exemplificado pelas suas afirmativas:

“Esperei que um milagre acontecesse”; “Concordei com o fato, aceitei o meu destino”, que remetiam ao choro, sentimento de tristeza tornando visível o abalo emocional do paciente.

Diante destes resultados do estudo piloto, descartou-se a utilização do “Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus” neste estudo, ou seja, para pacientes em primeiro tratamento cirúrgico por doença colorretal crônica com possibilidade de estomização intestinal (SILVA et al., 2019).

Assim, para identificar as demandas psicológicas no perioperatório e a utilização das estratégias de enfrentamento por estes pacientes, foram elaborados dois instrumentos, um de caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica, e outro sobre as demandas psicológicas nos períodos pré-operatório e pós-operatório mediato, com base na RI e que foram validados para este estudo (SILVA et al., 2019).

Por outro lado, a aplicação do MEEM para os participantes do estudo piloto, indicou a viabilidade de sua utilização nesta etapa.

5.2.2.3 Instrumentos de coleta de dados

Além do MEEM, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário sociodemográfico, clínico e terapêutico (APÊNDICE A): contemplou dados como: idade, sexo, etnia, estado civil, religião, escolaridade e hábitos de vida e dados clínicos: diagnóstico, tratamentos prévios, cirurgias realizadas e complicações pós-operatórias e cirurgia atual.

- Questionários para investigação das demandas psicológicas (APÊNDICE B; APÊNDICE C): Foram utilizados dois questionários em momentos distintos no perioperatório (pré e pós-operatório mediato), com questões que abordaram os aspectos psicoemocionais, vinculados ao tratamento cirúrgico de pacientes com possibilidade de estomização por doenças colorretais crônicas (CCR e DII). Estes dois questionários foram validados (SILVA et al., 2019).

5.2.2.4 Amostra do estudo

A etapa quantitativa propriamente dita, ocorreu no período de maio a agosto de 2017, cuja amostra foi sequencial não probabilística de pacientes internados com diagnósticos de CCR e DII para primeiro tratamento cirúrgico com confecção de estomia intestinal, no local do estudo, com um total de 30 participantes.

Neste período de coleta de dados, houve internação de 55 pacientes com doenças colorretais crônicas com possibilidade de realizar cirurgia para confecção de estomia pela primeira vez, pela especialidade da Coloproctologia. Destes pacientes, 10 foram excluídos (sendo oito por não alcançarem o escore mínimo no MEEM, de acordo com sua escolaridade e dois por ter o diagnóstico médico de Alzheimer); houve doze perdas (nove devido às internações nos finais de semana; duas por cirurgias de emergência e uma por desistência do tratamento cirúrgico pelo paciente); além de uma interrupção de participação de paciente durante a pesquisa e duas por optarem pela não participação.

Para a aplicação do MEEM e dos dois questionários, na etapa quantitativa, o tempo médio para a coleta de dados foi de 32,1 minutos por participante.

5.2.2.5 Análise dos dados quantitativos

Para a análise estatística descritiva dos dados de caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica, foi elaborado uma planilha de dados no programa computacional *Microsoft Excel* contendo um dicionário (*codebook*) e duas planilhas utilizadas para a validação por dupla entrada (digitação) com verificação da consistência interna do banco, até a fase do gerenciamento final dos dados. Posteriormente, foram calculadas a média, mediana e desvio padrão com ferramentas do programa computacional *Microsoft Excel*.

Com a análise dos dados das entrevistas da etapa quantitativa, categorizou-se as demandas de atendimento psicológico por meio da análise de conteúdo dedutivo, segundo a proposta de Bardin (2011). Dessa forma, as entrevistas transcritas foram submetidas às fases de: pré-análise, exploração

do material e tratamento, quantificação das categorias e análise dos resultados quantitativos.

Após esta etapa, foram criadas categorias, que posteriormente foram quantificadas em frequência absoluta e percentagem, sendo que todas as demandas foram sintetizadas, tanto para o período pré como para o pós-operatório mediato.

Todas as etapas de análise foram realizadas pela pesquisadora principal e posteriormente validadas por outra pesquisadora, com domínio da temática. Ao final, os resultados foram analisados e discutidos mediante a literatura científica, com direcionamento para as questões de pesquisa deste estudo.

Mediante todas estas etapas, foi finalizada a proposição do protocolo denominado de Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório, que foi implementado na Etapa Qualitativa.

5.2.3 Desenvolvimento do estudo - 2ª Etapa Qualitativa

5.2.3.1 Critérios de seleção de possíveis participantes

Os critérios de seleção dos possíveis participantes da Etapa Qualitativa foram: pacientes em primeiro tratamento cirúrgico com possibilidade de confecção de estomia intestinal por CCR ou DII; idade acima de 18 anos; de ambos os sexos; e que obtiverem no MEEM, a pontuação adequada com a sua escolaridade.

5.2.3.2 Implementação do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório

Primeiramente foi realizada uma consulta no sistema informatizado da instituição hospitalar, no qual constava os dados dos pacientes internados para realizar cirurgias com possibilidade de confecção de estomia intestinal. Mediante os critérios de seleção de possíveis participantes do estudo, foram realizados os convites para participação neste estudo.

Foram entrevistados por semana uma média de dois pacientes, que foram contatados nos seus leitos da Enfermaria Cirúrgica Geral e na

Enfermaria de Cirurgia Oncológica da Especialidade da Coloproctologia, quando eram convidados a participar do estudo. Após o aceite da participação do estudo, os pacientes assinavam o TCLE em duas vias para formalização e consentimento da gravação em áudio do atendimento psicológico, respondiam ao MEEM e o instrumento de caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica. Posteriormente, implementou-se o protocolo proposto neste estudo.

No pré-operatório, foram observou-se as principais demandas psicológicas e os recursos de enfrentamento de cada paciente, e por meio da análise dos dados obtidos, foram realizadas as intervenções psicoterápicas necessárias às demandas individuais. Ao final, a pesquisadora verificava a possibilidade da continuidade da participação do paciente, no pós-operatório mediato.

No pós-operatório mediato, a implementação do protocolo psicológico foi realizada, em média, após dois dias do procedimento cirúrgico, considerando-se as repercussões fisiológicas, clínicas e psicológicas nos participantes, como a fadiga, dores e indisposição. Nesta fase, como no pré-operatório, eram identificadas as demandas e mecanismos de enfrentamento utilizados após a cirurgia e realizadas as intervenções psicoterápicas necessárias.

Para a implementação deste protocolo, foi fundamental a realização da avaliação psicológica, da condição cognitiva, de humor, de redes de apoio, histórico de transtornos mentais, além do conhecimento do diagnóstico e tratamento, que culmina na identificação das demandas psicológicas, que subsidiaram o desenvolvimento de intervenções psicológicas do paciente no perioperatório.

Para tanto, foram estabelecidas duas questões norteadoras: “O que significou p Sr(a) internar para fazer a cirurgia com colostomia?”; e “Como tem sido a sua experiência após esta cirurgia?”.

Além das entrevistas, foram utilizadas diferentes técnicas de coleta de dados sobre a demanda psicológica como observação não participante e participante, diário de campo e informantes secundários, que constituíram o trabalho de campo.

Posteriormente à realização dos atendimentos no perioperatório procedeu-se a transcrição textual, em um arquivo em *word*.

5.2.3.3 Análise de dados qualitativos

O conjunto de dados foi interpretado com análise de conteúdo indutivo, segundo a proposta da Análise Temática, com etapas de identificação, análise e relato dos temas das demandas psicológicas, integrando dados de entrevistas, observação não participante e participante, diário de campo e informantes secundários. Este método possibilita organizar e descrever o conjunto de dados qualitativos com detalhes e interpretar os vários aspectos envolvidos para o estabelecimento das demandas psicológicas dos participantes deste estudo no perioperatório, foco da questão desta pesquisa (BRAUN, CLARK, 2006).

Para a interpretação dos dados qualitativos foi utilizado o referencial da Psicologia da Saúde, na perspectiva da Psicologia Hospitalar, que busca aprofundar as dimensões biopsicossociais do adoecimento, neste caso, o adoecimento colorretal crônico de pessoas em primeiro tratamento cirúrgico com possibilidade de estomização intestinal.

5.2.4 Análise final dos dados quantitativos e qualitativos

Os resultados dos dados quantitativos possibilitaram estabelecer um quadro geral sobre a caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica da clientela em primeiro tratamento cirúrgico por doença colorretal crônica, atendida neste serviço, com identificação das demandas de atendimentos psicológicos e as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes pacientes, que resultou na proposição do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório no Perioperatório.

Com a análise dos resultados da etapa qualitativa, ou seja, a implementação deste protocolo psicológico, ampliou-se e aprofundou-se os resultados quantitativos, principalmente sobre os aspectos vinculados às demandas de atendimento psicológico. Estes resultados subsidiaram o atendimento psicológico com a utilização do protocolo proposto para estes pacientes, com avaliação dos aspectos fundamentais na implementação assistencial, considerando-se os aspectos físicos e psicossociais do primeiro

tratamento com possibilidade de estomização intestinal, para favorecer a assistência perioperatória desta clientela, com perspectiva interdisciplinar.

6.RESULTADOS E DISCUSSÃO – ETAPA QUANTITATIVA

6.1 Caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica dos pacientes com doenças colorretais crônicas

6.1.1 Resultados

Apresentamos os resultados da análise quantitativa da primeira etapa no que se refere aos dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos, com a respectiva discussão.

Participaram desta etapa de estudo, 30 pacientes com doenças colorretais crônicas, sendo que 22 apresentavam diagnóstico de neoplasia colorretal e oito participantes diagnóstico não neoplásico, atendidos pela Especialidade de Coloproctologia na enfermaria cirúrgica, do hospital geral terciário paulista.

A caracterização dos pacientes segundo faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade e religião, está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 Distribuição dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo as variáveis faixa etária, sexo, estado civil, etnia, escolaridade e religião. Ribeirão Preto-SP, 2019

Variáveis	N	%	Mínimo	Máximo	Média (DP)*
Faixa etária (em anos)			23	83	57(14)
20-30	2	6,6			
41-50	7	23,3			
51-60	9	30,0			
61-70	7	23,3			
Acima de 71 anos	5	16,6			
Sexo					
Feminino	12	40,0			
Masculino	18	60,0			
Etnia (IBGE)					
Branco	18	60,0			
Preto	4	13,3			
Pardo	7	23,3			
Amarelo	1	3,3			
Estado civil					
Solteiro(a)	7	23,3			
Casado(a)	18	60,0			
Divorciado(a)/separado(a)	3	10,0			
Viúvo(a)	2	6,6			
Escolaridade (em anos)			0	15	7(4)
Analfabeto	2	6,6			
1 a 4 anos	10	33,3			

continua...

Variáveis	N	%	Mínimo	Máximo	Média (DP)*
5 a 8 anos	9	30,0			
9 a 11 anos	6	20,0			
Acima de 12 anos	3	10,0			
Religião					
Católica	20	66,6			
Evangélica	8	26,6			
Espírita	2	6,6			
Total	**30**	**100,0**			

*DP (Desvio-padrão)

A média de idade dos pacientes foi de 57 anos, majoritariamente na faixa etária acima de 51 anos, com 21 participantes (63,2%); além do predomínio de homens 18 (60,0%), de cor branca 18 (60,0%) e casados 18 (60,0%). Quanto à escolaridade, a média de anos de estudos foi de 7, sendo que a maior parte 10 (33,3%) possuía até 4 anos de estudo. No que se refere à religião, todos afirmaram positivamente, sendo que predominou a católica 20 (66,6%).

Na Tabela 2 pode ser verificada a distribuição dos pacientes, de acordo com coabitação e número de filhos vivos.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo as variáveis coabitação e número de filhos vivos. Ribeirão Preto- SP, 2019

Variáveis	N	%	Mínimo	Máximo	Média (DP)*
Coabitação					
Sozinho	4	13,3			
Somente com o cônjuge	10	33,3			
Cônjuge e filho(s)	7	23,3			
Somente com filho(s)	3	10,0			
Arranjos intrageracionais	1	3,3			
Outros	5	16,6			
Número de filhos vivos			0	8	2(2)
Total	**30**	**100,0**			

*DP (Desvio-padrão)

Observou-se que 10 (33,3%) pacientes moravam somente com o cônjuge e 7 (23,3%) residiam com cônjuge e filho(s). O número médio de filhos vivos foi de 2 para cada paciente.

Na Tabela 3 tem-se a fonte de renda dos pacientes.

Tabela 3 Distribuição dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo a fonte de renda. Ribeirão Preto-SP, 2019

Fonte de renda*	Sim		Não	
	n	%	n	%
Aposentadoria	13	43,3	17	56,6
Pensão	1	3,3	29	96,6
Trabalho autônomo	9	30,0	21	70,0
Outros	3	10,0	27	90,0

*Categoria não mutuamente exclusivas

A maior parte dos pacientes 13 (43,3%) era aposentada e 9 (30,0%) mantinham atividade laboral, sendo que as suas atividades laborais eram: porteiro, caseiro de fazenda, serviço geral de loja, auxiliar de limpeza, técnica de enfermagem, vigilante, entregador de gás, motorista e porteiro e agricultor. Ressalta-se que os participantes indicaram mais que uma fonte de renda e, portanto, foi atribuído o valor correspondente de 1 (3,3%) para cada atividade.

Assim, a renda mensal variou de R$ 0,00 a R$ 6.559,00, contudo, a maior parte 10 (33,3%) recebia de um a dois salários mínimos.

Da amostra dos pacientes, 22 possuíam diagnóstico médico de neoplasia colorretal e oito apresentaram diagnósticos não neoplásicos, todos em tratamento cirúrgico. A Tabela 4 apresenta as respostas dos pacientes para a questão: “o que o Sr(a) está tratando neste setor?”.

Do total de participantes, 25 (83,2%) tinham conhecimento sobre o motivo do tratamento cirúrgico da internação atual.

Tabela 4 Distribuição dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo conhecimento relatado sobre tratamento atual. Ribeirão Preto-SP, 2019

Variáveis	N	%
Tratamento para o câncer	18	60,0
Tratamento para DII	5	16,6
Massa/Cisto/ Problema/Lesão no intestino	4	13,3
Doença de Chagas	1	3,3
Complicação da radioterapia	1	3,3
Não souberam relatar	1	3,3
Total	**30**	**100,0**

Os prontuários de todos os participantes foram consultados para a obtenção de informações como diagnóstico médico, tempo de diagnóstico da doença, tempo de tratamento, cirurgia realizada, tratamentos prévios para a doença atual e registro de outros diagnósticos médicos. Para os casos de pacientes com neoplasia foram obtidas informações sobre estadiamento, presença de metástase, local da metástase, presença de recidiva e proposta terapêutica atual.

Os diagnósticos médicos, em específico os de neoplasia, coletados dos prontuários, foram agrupados de acordo com a região afetada do intestino e descritos na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo diagnóstico médico. Ribeirão Preto-SP, 2019

Variáveis	N	%
Tumores Hematológicos		
Linfoma do cólon descendente	1	3,3
Tumores Gastrointestinais		
Reto	7	23,3
Cólon ascendente	3	10,0
Ceco	2	6,6
Cólon transverso	2	6,6
Retossigmoide	2	6,6
Sigmoide	2	6,6
Cólon descendente	1	3,3
Ânus	1	3,3
Pseudomixona peritoneal	1	3,3
Doenças não neoplásicas		
Polipose Adenomatosa Familiar	1	3,3
Doença de Crohn	2	6,6
Diverticulite	2	6,6
Apendicite crônica	1	3,3
Megacólon chagásico	1	3,3
DII	1	3,3
Total	**30**	**100,0**

Em relação à localização dos tumores do intestino 7 (23,3%) pacientes possuíam neoplasia de reto, 3 (10,0%) neoplasia de cólon ascendente, além de neoplasias de ceco, cólon transverso, retossigmoide e sigmoide, respectivamente com 2 (6,6%) pacientes. Verificou-se que somente 1 (10,0%) paciente apresentou o diagnóstico de Linfoma do cólon.

Dentre as doenças não neoplásicas, destacou-se 2 (6,6%) pacientes com a DC e 2 (6,6%) com diverticulite.

Na Tabela 6 temos a distribuição do tempo de diagnóstico e tempo de tratamento dos participantes do estudo.

Tabela 6 Distribuição dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo as variáveis tempo de diagnóstico e de tratamento. Ribeirão Preto-SP, 2019

Variáveis	N	%	Mínimo	Máximo	Média (DP)*
Tempo de tratamento (meses)			0,03	576	30 (107)
Menos de 1 mês	19	63,3			
1 a 6	3	10,0			
13 a 24	4	13,3			
25+	4	13,3			
Total	**30**	**100,0**			

*DP (Desvio-padrão)

O tempo médio de diagnóstico foi de 32 meses. Quanto ao tempo de tratamento, houve maior distribuição de pacientes, 19 (63,3%), com menos de um mês de tratamento, seguidos de 4 (13,3%), no intervalo de 13 a 24 meses e 4 (13,3%), com 25 ou mais. O tempo médio de tratamento foi de 30 meses.

A Tabela 7 se refere à realização de tratamentos prévios para a doença.

A maior parte dos pacientes com neoplasia 14 (63,6%) não realizou nenhum tratamento neoadjuvante. Dentre aqueles que realizaram tratamento neoadjuvante 8 (36,4%), verificou-se que estes haviam sido submetidos à quimioterapia antineoplásica e radioterapia.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo as variáveis relacionadas às terapêuticas prévias. Ribeirão Preto-SP, 2019

Variáveis	N	%
Diagnóstico neoplásico		
Tratamento neoadjuvante		
Sim	8	36,4
Não	14	63,6
Tipo de tratamento		
Quimioterapia e radioterapia	5	22,7
Cirurgia e quimioterapia	3	13,6
Nenhum	14	63,6
Total	**22**	**100,0**
Diagnósticos não neoplásicos		
Tratamento neoadjuvante		
Sim	5	62,5
Não	3	37,5
Tipo de tratamento		
Imunossupressor	4	50,0
Cirurgia	1	12,5
Nenhum	3	37,5
Total	**8**	**100,0**

Por outro lado, do total de oito (100%) pacientes com diagnósticos não oncológicos, 5 (62,5%) já haviam realizado tratamentos prévios, sendo 4 (50,0%) com imunossupressor e um (12,5%) com cirurgia.

Na Tabela 8 podem ser verificados os dados referentes ao diagnóstico de neoplasia colorretal.

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes com CCR segundo as variáveis estadiamento, presença e local da metástase, presença de recidiva e proposta terapêutica. Ribeirão Preto-SP, 2019

Variáveis	N	%
Estadiamento		
Estágio I	3	13,6
Estágio II	3	13,6
Estágio III	10	45,4
Estágio IV	6	27,3
Presença de metástase		
Sim	6	27,3
Não	16	72,7
Total	**22**	**100,0**
Local da metástase		
Fígado	4	66,6
Fígado e pâncreas	1	16,6
Pulmão e pâncreas	1	16,6
Total	**6**	**100,0**
Presença de recidiva		
Sim	3	13,6
Não	19	86,4
Proposta terapêutica atual		
Curativa	18	81,8
Paliativa	4	18,2
Total	**22**	**100,0**

Do total de 22 (100%) pacientes com neoplasia colorretal, 10 (45,4%) estavam com estadiamento III e 6 (27,3%) com estadiamento IV da doença; 16 (72,7%) com ausência de metástases. Dos 6 (27,3%) pacientes que apresentavam metástase, em 4 (66,6%) eram hepáticas; em 19 (86,4%) não se verificou recidivas e para 18 (81,8%) pacientes, a proposta terapêutica foi curativa.

As comorbidades registradas nos prontuários dos pacientes, foram agrupadas, de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e descritos na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição de comorbidades diagnosticadas e registradas nos prontuários dos pacientes com doenças colorretais crônicas, segundo CID-10. Ribeirão Preto-SP, 2019

Variáveis	N	%
Diagnósticos médicos segundo capítulos da CID-10*		
Cap. IX Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	16	72,7
Cap. IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	11	50,0
Cap. XI Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	1	4,5
Cap. X Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	1	4,5
Cap. XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	4	18,2
Cap. V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	2	9,0
Cap. I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	1	4,5
Cap. III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	3	13,6
Total	**22**	**100,0**

*Categorias não mutuamente exclusivas

O número de comorbidades por paciente variou de 0 a 7 diagnósticos médicos. Houve 16 (72,7%) registros de doenças do aparelho circulatório e 11 (50,0%) de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, sendo que um mesmo paciente poderia ter mais de um diagnóstico em uma destas categorias concomitantemente.

Dentre as doenças do aparelho circulatório, destacaram-se a hipertensão arterial sistêmica com 11 (33,7%) dos pacientes e o hipotireoidismo em 5 (16,7%), dentre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

6.1.2 Discussão

Para os 30 pacientes participantes deste estudo, a média de idade foi de 57 anos, sendo a maior parte (30,0%) na faixa etária de 51-60 anos, semelhantemente corroborando resultados de outros estudos com pacientes com doenças colorretais crônicas (PEREIRA et al., 2016; ZHANG et al., 2013; RAN et al., 2016; KARABULUT; DINÇ; KARADAG, 2014).

No estudo de abordagem qualitativa de Pereira et al. (2016), com 16 pacientes com CCR, realizado no interior paulista, no Brasil, a média de idade dos pacientes foi de 57,7 anos.

Em outro estudo quantitativo, realizado na China, com 103 pacientes com CCR, que comparou a eficácia do seguimento de uma enfermeira estomaterapeuta após a alta hospitalar, de um grupo controle e de intervenção, as médias de idade foram, respectivamente de 55,3 e de 52,9 (ZHANG et al., 2013).

No estudo de método misto, com 50 pacientes, realizado na Turquia, as médias de idade foram de 53,8 anos no grupo controle e de 55,2 anos no grupo intervenção (KARABULUT, DINÇ, KARADAG, 2014).

Em outros estudos, verificou-se que as médias de idades foram maiores como no Pereira et al. (2012) com 65,6 anos e de Li, Rew e Hwang (2012) com 62,87 anos, comparativamente à média encontrada nesta pesquisa.

Houve predomínio neste estudo de 18 (60,0%) homens, corroborando resultados obtidos por Pereira el al. (2016); Ran et al. (2016); Pereira et al. (2012) e Batista et al. (2011).

O CCR é o segundo tipo que mais afeta a população e com crescente aumento. De acordo com dados do INCA do ano de 2018, mostram que a estimativa de maior prevalência de CCR em mulheres com 18.980 novos casos e 17.380 em homens, totalizando 36.360 (BRASIL, 2018). Apesar do predomínio de CCR em pessoas com idade acima de 50 anos, no contexto assistencial, observa-se cada vez mais a ocorrência deste câncer em pessoas com menos de 50 anos, o que pode indicar a influência multifatorial para o desenvolvimento desta doença.

As DII podem afetar pessoas de todas as faixas etárias, porém com maior prevalência entre 14 e 24 anos e não há diferenças entres os sexos. As DII têm uma significante predisposição hereditária, pois parentes de primeiro grau como mãe/pai ou irmãos, têm de quatro a vinte vezes maior risco para o seu desenvolvimento (STEIDLER et al., 2000).

Neste presente estudo, dois pacientes com DII, tinham menos de 30 anos (26 e 23 anos), o que corrobora a prevalência das DII em jovens, segundo a literatura.

Em relação à etnia, a maioria dos participantes (60,0%) autodeclarou cor branca, assim como nos estudos de Pittman et al. (2008) e de Mitchell et al. (2007).

Afro-americanos tem maior taxa de incidência e de mortalidade por CCR nos Estados Unidos, apesar da prevenção com exames de colonoscopia a partir dos 45 anos, o CCR permanece alto. Um estudo de corte randomizado com 357 pacientes com CCR foi realizado com 178 afro-americanos e 179 americanos e afirmou essa diferença entre as raças. Uma das hipóteses para isso é um tempo maior para realização da colonoscopia pelos afro-americanos, além dos mesmos serem menos informados e realizarem menos cuidados preventivos em relação aos fatores de risco, como alimentação, sedentarismo e realização exames de prevenção na atenção primária (MAY et al., 2014).

Outro estudo comparou afro-americanos com americanos caucasianos, sendo que se identificou taxas mais altas de incidência de CCR em todas as faixas etárias, com maior proporção de carcinogênese colorretal antes dos 50 anos, além de terem maior mortalidade por CCR e menor participação na triagem na Atenção primária. Os fatores relacionados a estes resultados foram alimentação deficitária, maiores taxas de obesidade e de sedentarismo dos afro-americanos (CARETHERS, 2015; DESANTIS; NAISHADHAM; JEMAL, 2013; LIAO et al., 2012).

Em relação às DII entre caucasianos e judeus, que vivem em áreas urbanas e industrializadas, os judeus apresentaram um risco maior, de duas ou três vezes mais para o seu desenvolvimento. Já em relação à população negra, as DII foram mais raras na população branca (ROTH, 1980).

Na literatura brasileira não foi encontrado nenhum estudo sobre a diferença de incidência de CCR e sobre DII entre raças, possivelmente pela miscigenação da população.

A maioria deste estudo era casada, o que pode constituir um aspecto importante para o auxílio e apoio da pessoa estomizada no enfrentamento e na adaptação a sua nova condição. Porém, muitas destas pessoas enfrentam problemas em relação à sexualidade, que influencia na reabilitação destas pessoas e que merece maior atenção dos profissionais da saúde.

A maioria dos participantes deste estudo, estudou de um a quatro anos, corroborando com a média de 4,2 anos, dado de 2012 da população brasileira

(IBGE, 2013). O nível sociocultural assegura uma vida com condições melhores, que está relacionada à melhor acessibilidade às informações sobre prevenção, tratamento e suas consequências, além de esclarecimentos sobre os direitos da pessoa estomizada e busca por melhores recursos, assim como na realização do autocuidado. Neste estudo, o baixo nível de escolaridade e a baixa renda podem ter influenciado para o diagnóstico tardio, pois a maioria dos pacientes com neoplasia estava com estadiamento III (45,4%) e IV (27,3%). Isto pode indicar dificuldades dos participantes deste estudo na adoção de estratégias efetivas para a busca de assistência à saúde e de direitos como cidadãos (LENZA, 2016).

Quanto à religião, (100,0%) dos participantes relataram terem religião, sendo a católica a mais predominante com (66,6%). A religião em momentos difíceis como a descoberta de diagnósticos graves, como o câncer e até mesmo as DII crônicas, diante de um tratamento cirúrgico com possibilidade de confecção de uma estomia intestinal, muitas vezes, auxilia no enfrentamento do adoecimento e para a ressignificação da vida (FERREIRA; VIEIRA, 2014).

Em um estudo com 100 pacientes com CCR, com idade média de 62 anos, em tratamentos quimioterápicos e cirúrgico com confecção da estomia, apresentaram comprometimentos físicos e recorreram à religiosidade para o enfrentamento da doença e para a sua recuperação (BOTELHO; PEREIRA, 2015; LI; REW; HWANG, 2012).

A fé em Deus durante os tratamentos dolorosos e difíceis torna-se um “porto seguro” para os pacientes, aumentando a confiança para continuarem o tratamento e a disposição para enfrentarem o adoecimento (TEIXEIRA; LEFÉVRE, 2007).

Quanto aos arranjos domiciliares, a maior parte dos participantes morava com o cônjuge ou com o cônjuge e filhos, o que corrobora com o estudo, realizado com 13 pacientes com doenças colorretais crônicas no qual observou-se que a presença ou a ausência de uma rede social de apoio é significativa no gerenciamento do adoecimento e da deficiência (LENZA et al., 2016).

O apoio familiar é de fundamental importância para o paciente durante o seu tratamento e readaptação. Na maioria das vezes, é o familiar que se torna o principal cuidador, principalmente nos primeiros dias, após o procedimento

cirúrgico, quando o paciente apresenta dificuldades para a realização do autocuidado. Portanto, o familiar necessita aprender os cuidados e a troca do equipamento coletor, além de modificar toda sua rotina em função dos cuidados, o que pode ocasionar alguns conflitos familiares, por estresse e preocupações do adoecimento, além da abdicação das atividades sociais e de lazer deste familiar (VIOLIN; SALES, 2010).

Assim, o planejamento da alta hospitalar com inclusão da família favorece o cuidado domiciliário e o gerenciamento do cuidado entre os membros, minimizando a ocorrência de maior estresse e sobrecarga do familiar cuidador, o que favorece a reabilitação do estomizado (SOUZA et al., 2010; LENZA et al., 2013).

Em relação ao número de filhos vivos, neste estudo, a média foi de 2 filhos, cuja presença pode influenciar positivamente para o oferecimento de apoio familiar, fundamental na rede de relações do paciente (BENEDETTI, 2013).

No período de 2001 a 2011, no Brasil, houve redução de 7,0% na proporção de casais com filhos e aumento de 4,7% dos casais sem filhos e a taxa de fecundidade no ano de 2014 foi de 1,74 filho por mulher (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2015). Ainda, de acordo com IBGE (2015), no decorrer dos anos, a taxa de fecundidade no Brasil vem declinando em decorrência do aumento da urbanização, inserção da mulher no mercado de trabalho, aumento do nível de escolaridade, uso de métodos contraceptivos, dentre outros.

Identificou-se que a maior parte (43,3%) dos participantes era aposentada e (30,0%) trabalhava em atividades que exigiam menor capacitação formal, justificando a sua renda de um a dois salários mínimos. Ainda, (20,0%) não tinha nenhuma renda, por estarem desempregados e (10%) afastados pelo INSS.

Os resultados deste nosso estudo corroboram o de Pereira et al. (2012), com 60 pacientes com CCR e com estomia intestinal definitiva, sendo que 43,8% eram aposentados inativos e 31,2% recebiam de um a dois salários mínimos, indicando que o baixo nível de escolaridade reflete diretamente na condição financeira dos pacientes.

A atividade laboral para muitas pessoas estomizadas fica comprometida, devida às limitações físicas causadas por esta nova condição de vida. Dentre estas limitações encontram-se a exposição ao calor, atividades que envolvem esforço físico, principalmente em região abdominal, no local da estomia. No ambiente de trabalho também é necessária a adequação de banheiros para a higienização do equipamento coletor, porém, ainda pouco implementado. As pessoas estomizadas possuem direitos assegurados pela legislação sobre a assistência especializada e a deficiência, mas ainda não há programas de apoio e para capacitação profissional em ambientes laborais (MAURICIO; SOUZA; LISBOA, 2014).

Neste estudo, a maioria (83,2%) dos pacientes tinham conhecimento sobre o motivo do tratamento cirúrgico na presente internação. Apenas alguns pacientes com diagnóstico de CCR relataram estar em tratamento de outros problemas como massa, cisto e lesão no intestino. Um paciente preferiu não dizer o diagnóstico, o que pode constituir uma estratégia de enfrentamento, utilizada para amenizar o seu sofrimento. Cada paciente utiliza diferentes estratégias para enfrentar situações difíceis, assim como necessita de um tempo interno para conseguir lidar com diagnósticos graves como o câncer.

A confirmação do diagnóstico de câncer é permeada de estigmas, medos e angústias, pois a doença é relacionada à sofrimento, incurabilidade e morte. Contudo, se o paciente consegue enfrentar o diagnóstico e realizar os tratamentos, com redes de apoio como família, amigos e com estratégias de enfrentamento como religiosidade e uso de suporte profissional, o sofrimento pode ser amenizado.

O enfrentamento do diagnóstico como o câncer causa sofrimento e dificuldades por ser considerado uma doença tão grave pelas pessoas. Porém, é importante que o paciente saiba de seu quadro de saúde, para que o mesmo possa participar e ter autonomia para tomar as decisões sobre seu tratamento e sobre sua vida (JONAS et al., 2015).

No estudo realizado por Oliveira et al. (2010), os pacientes oncológicos que expressaram ter conhecimento sobre o diagnóstico e o tratamento tiveram melhor enfrentamento do adoecimento.

Em outro estudo de abordagem qualitativa com seis participantes oncológicos, o período da confirmação do diagnóstico, a demora dos

resultados dos exames e procedimentos suscitou incertezas e angústias indicando as fragilidades pessoais para o enfrentamento da doença e do próprio sistema de saúde em atender a demanda de assistência da população (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

A comunicação do diagnóstico, quer seja câncer ou DII, é uma atividade frequente dos profissionais de saúde no cotidiano, que pode gerar desconforto. É fundamental ter prudência na abordagem do paciente/familiar para a comunicação do diagnóstico, assim como da indicação terapêutica e dos resultados, pois isto interfere diretamente na reação emocional e na conduta do paciente em relação ao seu adoecimento e tratamento (SILVA, 2005).

Os profissionais de saúde precisam ser capacitados para realizar uma comunicação segura e esclarecedora, adequando a informação às necessidades específicas de cada paciente, considerando-se a sua realidade e capacidade de enfrentamento.

O predomínio do câncer colorretal na amostra deste estudo corrobora a tendência epidemiológica deste câncer, que constitui o terceiro tipo que mais afeta a população e o quarto em mortalidade. Para mudar esta realidade são necessárias medidas preventivas como alimentação saudável, combate ao sedentarismo e obesidade, bem como rastreamento com exames de sangue oculto nas fezes e colonoscopia. Para isso, é necessária a implementação da política de saúde pública preventiva na Atenção Primária (KRILAVICIUTE; STOCK; BRENNER, 2017).

Ressaltamos a necessidade da capacitação dos profissionais que atuam na Atenção Primária para efetivamente incluir a doença oncológica como umas das doenças crônicas que tem afetado a população, de forma crescente.

Dentre as DII na nossa amostra, identificou-se a DC e a Retocolite Ulcerativa (6,6%), corroborando com a literatura nacional e internacional (CABRAL; ABBY, 2012; ADORNE; BODANESE, 2016; CASCORBI, 2017).

Para o diagnóstico das DII é feita uma avaliação do quadro clínico, em concordância com resultados dos exames endoscópicos, laboratoriais e achados histopatológicos. A DC pode afetar qualquer parte do trato digestório, da boca ao ânus, predominantemente nos segmentos do íleo terminal e cólon.

O quadro da DII clínico vai depender do local acometido e da característica predominante da doença, inflamatório, estenosante ou

perfurante. Por outro lado, a Retocolite ulcerativa acomete exclusivamente o cólon, o que requer uma investigação endoscópica dessa região do corpo (CABRAL; ABBY, 2012).

Um dos grandes desafios para o paciente conseguir estabelecer o diagnóstico da DII, quer seja na assistência suplementar ou pública, está relacionado à sintomatologia gastrointestinal como dor e distensão abdominal, diarreia, inapetência e sangramento, ser semelhantemente apresentada por pacientes com diferentes doenças colorretais, incluindo-se parasitose, hemorroida e gastroenterite. Isto dificulta a definição das queixas pelo próprio paciente e a anamnese dos profissionais da saúde, postergando o diagnóstico definitivo.

As DII causam mudanças bruscas na vida dos pacientes e de seus familiares, pois ocorre a perda de controle do seu próprio corpo, com restrição de várias atividades, principalmente as de aspecto social, laborativa e interpessoal (CAMBUI; NATALI, 2015).

No que se refere ao tempo de diagnóstico, na amostra estudada a média foi de 32 meses e o tempo para o tratamento foi de 30 meses. Ressalta-se que na maioria dos pacientes (63,3%), o tempo de diagnóstico foi de menos de um mês e a cirurgia constituiu o primeiro tratamento, o que pode indicar a doença em fase mais avançada, no momento do diagnóstico do paciente.

A maioria dos pacientes oncológicos (63,6%) não havia realizado tratamento neoadjuvante, mas (22,7%) pacientes que o realizaram, destacando-se a quimioterapia antineoplásica e a radioterapia.

No estudo realizado por Rego et al. (2012), com 505 pacientes com CCR, de ambos os sexos, cuja média de idade foi de 59,18 anos, o tratamento mais utilizado foi a radioterapia. Porém, no grupo até 50 anos, a maioria foi submetida ao procedimento cirúrgico e quimioterapia antineoplásica.

Para os pacientes com CCR, ainda o tratamento primário é a cirurgia, principalmente para tumores em estágios iniciais. A quimioterapia antineoplásica e a radioterapia neoadjuvante são indicados para aumentar a chance de ressecção total do tumor (PEDRAZZANI et al., 2009).

A maioria dos pacientes com DII (62,5%), diferentemente dos oncológicos, já havia realizado tratamentos prévios à cirurgia, destacando-se tratamento clínico com imunossupressor em 50,0% dos pacientes.

O tratamento das DII consiste em alívio dos sintomas, prevenção de recidivas, indução da remissão da doença em atividade e a cicatrização de complicações como a fístula. Para tanto, a terapêutica farmacológica é complexa, pois a etiologia do processo inflamatório não é totalmente conhecida. Um dos medicamentos mais utilizados na fase de agudização da doença são os imunossupressores, porém o seu uso prolongado pode diminuir sua eficácia. Ainda, não se consegue prevenir recidivas ou complicações, sendo que na ocorrência deste último é procedimento cirúrgico. (GOODMAN, 2003).

As dificuldades dos pacientes com CCR e DII para conseguir o diagnóstico e o tratamento para doença crônica, podem causar mudanças intensas no seu próprio corpo, na sua rotina diária e no seu estado emocional. Por outro lado, podem também gerar reações mais otimistas, simbolizadas pela esperança de melhoria condições da saúde e até mesmo de cura. Assim, o período do tratamento pode ser direcionado para que o paciente consiga ressignificar o seu adoecimento por meio de reelaboração da sua realidade, mediante as suas vivências e aquisição de conhecimentos (CONCEIÇÃO et al., 2012).

A maioria dos pacientes desta pesquisa, apresentava estágio III (45,4%) e IV (27,3%), sendo que 27,2% apresentavam metástase, sendo a principal a hepática; e 40,8% apresentaram recidiva da doença. O fígado é o local mais frequente de disseminação hematogênica do CCR, seguido por metástases pulmonares e ósseas (POLLOCK et al., 2006). Apesar da complexidade clínica dos pacientes da nossa amostra, a proposta de terapêutica curativa ocorreu em 81,8%.

Nossos resultados corroboram o estudo realizado no Brasil, com 40 pacientes com CCR em tratamento oncológico (radioterapia e quimioterapia antineoplásica), que predominou pacientes em estadiamento III (60%), sendo que estes havia realizado cirurgia prévia (MEDONÇA; CARIOCA; MAIA, 2014).

O estágio avançado da doença oncológica pode interferir no tratamento do paciente, considerando-se as repercussões físicas como dores, mal-estar, fadiga, mudanças no padrão de sono, além das emocionais, que devem ser reconhecidas e cuidadas durante este processo. Para Silva et al. (2013) os profissionais da saúde devem atentar para as questões envolvidas no processo

saúde-doença no enfrentamento do adoecimento pelo paciente, visando a sua recuperação e reabilitação.

No estágio IV do câncer, há presença de metástase e caso não haja ressecção desta metástase, não se alcança a proposta de cirurgia curativa. Nestes casos, a proposta terapêutica é paliativa, que visa a qualidade de vida do paciente, que ocorre, principalmente quando o diagnóstico é tardio (BRASIL, 2015).

A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu artigo 196, que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Mesmo sendo um direito do cidadão brasileiro, notou-se que a maioria teve dificuldades de acesso aos serviços de saúde pública, com peregrinação destes por diversos serviços, diagnósticos tardios, filas de espera para realização de exames e tratamentos, além do deslocamento para outros locais distantes de sua residência para conseguir fazer o tratamento.

Essas questões acarretam um prognóstico ruim, diminuindo a possibilidade de cura do câncer destas pessoas, causando dor, sofrimento e desesperança. Com o aumento da prevalência das DCNTs, dentre elas o câncer e as DIIs, há novas demandas de atenção à saúde, o que gera a necessidade de melhor gerenciamento do sistema de saúde pública, nos diferentes níveis de atenção, principalmente no que se refere ao planejamento de educação permanente aos profissionais da saúde.

Todos os participantes deste estudo possuíam um diagnóstico colorretal de CCR e de DII, que constituíram o critério de inclusão para composição da amostra da Etapa Quantitativa. No entanto, identificou-se outras comorbidades, sendo doenças do aparelho circulatório (72,7%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (50,0%), destacando-se, respectivamente, hipertensão arterial sistêmica para (33,7%) dos pacientes e hipotireoidismo para (16,7%).

A hipertensão arterial, atualmente se configura como um problema de saúde pública em nível mundial, que tem causado insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença cerebrovascular (HARTMANN et al., 2007).

Estas doenças dificultam o tratamento cirúrgico e consequentemente a recuperação do paciente.

O hipotireoidismo é uma das doenças endócrinas mais comuns, provocada pela deficiência da atividade da tireoide que quando o quadro não está estabilizado podem ocorrer níveis elevados de colesterol (BRENTA et al., 2013).

Além disso, a presença de outras comorbidades, além das doenças colorretais crônicas, indicam a complexidade clínica dos pacientes deste estudo, o que torna mais complexo a realização do tratamento cirúrgico.

No cuidado dos pacientes com doenças crônicas graves e em tratamento cirúrgico como neste estudo, deve-se atentar a presença de comorbidades, pois estas influenciam o tratamento e prognóstico do paciente (MANSANO-SCHOLESSER; CEOLIM, 2012).

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO: DEMANDAS PSICOLÓGICAS

7.1 Demandas psicológicas no perioperatório dos pacientes com doenças colorretais crônicas

7.1.1 Resultados

Estes resultados correspondem à análise quantitativa sobre as demandas psicológicas no perioperatório dos participantes com doenças colorretais crônicas e a respectiva discussão.

As demandas de atendimento psicológico foram categorizadas por meio da análise de conteúdo dedutivo, segundo a proposta de Bardin (2011). Dessa forma, as entrevistas transcritas foram submetidas às seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento, quantificação das categorias e análises dos resultados.

Após esta etapa, foram criadas categorias, que foram quantificadas em números totais e percentuais, sendo que todas as demandas foram sintetizadas, tanto para o pré quanto para o pós-operatório mediato.

Todas as etapas de análise foram realizadas pela pesquisadora principal, com validação por outra pesquisadora, que possui experiência clínica e de pesquisa em relação à temática. Posteriormente, foram analisadas, mediante evidências científicas da literatura, considerando as questões de pesquisa deste estudo.

Quando os pacientes foram questionados sobre o ensino pré-operatório, que engloba informações sobre a cirurgia, demarcação e internação hospitalar, (100,0%) relataram que receberam orientações e 96,7% afirmaram que estas informações lhe ajudaram.

Apesar de todos os pacientes terem recebido informações, (23,3%) disseram que ainda tinham dúvidas sobre a cirurgia. Em relação a estas dúvidas, destacam-se sobre o tempo de internação e recuperação pós-cirúrgica; sobre a anestesia; sobre o recebimento de benefícios sociais; sobre a confirmação do diagnóstico e sobre a necessidade de confecção de estomia intestinal. Apresentamos, a seguir, a análise dos relatos, que subsidiou a proposição do protocolo psicológico para os pacientes com doenças colorretais crônicas.

A demanda de necessidades por informações foi expressa pelos participantes deste estudo, incluindo-se aspectos do tratamento e das repercussões em suas vidas:

"...tempo de cicatrização; se vai ter muita dor no pós-operatório; se vou precisar vir aqui no HC como antigamente, quando vinha nas consultas."

"Quero saber como vai ser a anestesia, porque já falei com eles que quero que seja na veia, porque não quero na coluna, eu fiz uma cirurgia que tomei uma anestesia na coluna há muitos anos atrás e sinto ela até hoje, dói demais isso aí!"

"...queria ver também sobre dar entrada (DiC: solicitar seus direitos) *no INSS".*

"Eu quero saber se é maligno ou não. Eles falaram que não chegou a biópsia, eu não sei se eles não querem falar. Eles falam mesmo, né? Eles não escondem, não é? Porque a primeira vez que eu fiquei internada eu falei que eu queria saber, que não é pra me esconder nada, porque é a gente que vai passar, né".

"A minha dúvida é essa bolsinha, se tiver que usar, como que vai ficar, você vai poder comer normal, se você vai poder viver normal, não é colocar aquilo e ficar vegetando."

As questões que englobaram a expectativa do procedimento cirúrgico, categorizamos as respostas em: Confiança na resolução do problema; o medo e a ansiedade diante do desconhecido; não pensar na cirurgia e medo de precisar da "bolsinha". Apresentamos os relatos que subsidiaram a análise:

"Penso que Deus vai por a mão e vai ajudar a sair dessa. Eu tenho medo, mas também tenho muita fé. Vai dar tudo certo, eu acredito muito nisso. Amo a minha vida e quero continuar vivendo."

"Por agora ansiedade, de medo, e de arrancar isso daí."

“No momento não penso em nada, não vejo a hora de fazer e ficar livre.”

“... eu penso sobre ter que colocar a bolsinha e também em como vai ser a minha recuperação. Acho que talvez os cuidados podem ser minha maior dificuldade.”

Em relação as estratégias de enfrentamento no pré-operatório foram categorizadas em: focalizadas no problema; focalizadas na emoção; busca de suporte social (família e equipe); práticas religiosas/pensamento fantasioso, que puderam ser identificadas nos relatos:

“Não estou pensando em nada. O pensamento preocupa. Penso em fazer (cirurgia) e pronto.”

“... eu estou meio com medo e não estou, sabe? Estou bem mais ansioso do que com medo. Medo de não dar certo e eu ter que ficar voltando muitas vezes aqui. Ansioso por causa da cirurgia, de poder livrar disso logo, entendeu?!”

“Eu tenho muita confiança nos médicos. Vocês me ajudam muito”

“Eu penso em Deus, que será tudo positivo! Tenho fé em Deus, graças a Deus!”

Com a análise destes dados do pré-operatório, observou-se que havia necessidade de atendimento psicológico, pois (93,3%) dos pacientes relataram que este tipo de atendimento poderia ajudar neste momento para diminuir o sofrimento; a entender a doença e a cirurgia em sua vida e que a possibilidade de dividir com um psicólogo/profissional capacitado sobre as dificuldades e dúvidas durante o tratamento cirúrgico, foi valorizado.

“Sempre ajuda, né? Acho que o meu receio de colocar a bolsinha, o medo que eu tenho é em relação a parte estética, a minha vida sexual. Tudo isso passa pela minha cabeça... e se tivesse um psicólogo poderia conversar, dividir o que eu sinto e falar dos meus medos, ajudaria. As pessoas acham que... porque eu

ser homem, eu não tenho medo. Pelo contrário, tenho muitos e poder conversar com alguém que entende da nossa cabeça, é muito bom."

"Eu creio que seria importante ter um psicólogo, com certeza!!! Porque é muito importante ter conhecimento, de instruir o paciente em tudo, em relação à cirurgia."

"É um desabafo, é importante ter alguém para escutar a gente."

Já em relação aos dados do pós-operatório mediato, estes foram analisados considerando um grupo (G1) que necessitou realizar a confecção da estomia (43,3%) e o outro grupo (G2) que não precisou (56,7%).

Em relação ao G1, quando questionados sobre a expectativa destes sobre a possibilidade de mudança de sua vida após a cirurgia, todos os pacientes (100,0%) acreditaram que teriam mudanças, sendo estas relacionadas à melhora na condição de saúde; na mudança no estilo de vida (estabelecer novas prioridades e valorizar a vida) e na dificuldade de se adaptar com o equipamento coletor. Para explicitação da análise realizada, apresentamos alguns relatos:

"Acredito que sim, porque eu não estava bem e eu espero está bem depois da cirurgia."

"Mudar alguns conceitos, mudar a alimentação um pouco, eu como muita carne vermelha, tomo muita coca, vou dar uma maneirada, né!"

"Mudou um pouco, porque agora a gente não está acostumado com isso, com essa bolsinha. A gente fica meio encabulado, como manejar isso agora, preocupação. "

Sobre as expectativas da confecção da estomia, destacamos as seguintes categorias: uma nova vida (melhores condições de vida) e sentimentos negativos (tristeza, medo, estranheza diante do próprio corpo), como nestas categorias:

“Vou ter que me cuidar mais, é uma parte nova do meu corpo. Está tranquilo, eu prefiro com a bolsinha do que com o câncer. É uma nova chance de viver, porque agora eu estou bem.”

“Ah! Terror! Medo sabe, de ficar assim (com a bolsinha) eternamente.”

Os desconfortos pós-operatórios foram relatados por (53,8%) dos pacientes sobre problemas fisiológicos (fraqueza, dores e tosse); preocupação diante das incertezas no pós-operatório e a mutilação (adaptação com a nova condição de vida), que foram expressadas como:

“Dor na perna”.

“Ah então eles (médicos) vieram aqui fazer uns exames, e parece que vou ter que fazer outra cirurgia, eles viram e parece que não está muito certo”.

“O hábito, a gente vai tomar banho, não tem mais, parece que tem uma bola ali (no local do ânus), fica estranho!”

Estes pacientes quando questionados sobre as dúvidas de como se cuidar depois da cirurgia, (53,8%) disseram ter dúvida. Em relação a esta, destaca-se o cuidado com o equipamento coletor em (100,0%) dos pacientes, como mostra os relatos abaixo:

“A higiene eu acho que assimilei, e na hora de cortar e colar que eu acho que não assimilei muito bem.”

“Como que cuida, troca a bolsinha?”

Em relação ao atendimento psicológico, a maioria destes pacientes (92,3%), relatou que gostaria de receber atendimento para ajudar a enfrentar os medos e angústias diante da nova condição de vida e receber orientação e esclarecer suas dúvidas:

"...contar o que eu sinto, o que eu penso. Acho que iria me sentir aliviado e seguro. O trabalho que vocês fazem é essencial para quem está no Hospital e familiares também. O suporte de um psicólogo é muito importante."

"Que a gente está muito confusa, acho que se você falar mais com o psicólogo, ajuda mais, ajuda a tirar dúvidas."

Já para os pacientes do G2, as expectativas de mudança na vida após a cirurgia, também foram vinculadas a melhora da condição de saúde e mudança no estilo de vida (estabelecer novas prioridades e valorizar a vida):

"Vai melhorar muito, por causa das dores, só de não sentir mais as dores que estava sentindo, vai melhorar muito."

"...agora eu vou me cuidar mais. Antes eu tinha medo de fazer um exame e descobrir alguma coisa, agora eu vou fazer sempre que precisar, pois foi isso que fez eu descobrir no início e conseguir tirar rápido o tumor. Foi um momento muito angustiante quando eu soube do tumor, mas agora estou muito aliviado.

O fato de não ter sido necessário a confecção da estomia consequentemente o uso do equipamento coletor fez com que para (100,0%) destes pacientes remetesse ao sentimento de alívio, alegria e vitória (verbalização de fé e agradecimento à Deus):

"Um alívio tão grande...Nossa, felicidade, um alívio, tirei um peso, como eu tirei!"

"Nossa, uma maravilha! Foi Deus que colocou a mão e não precisou! Foi muito bom mesmo, estava muito preocupada, nossa..."

Em relação às necessidades no pós-cirúrgico, (64,7%) destes pacientes relataram necessidades, tanto de cunho fisiológico como de cunho psicossocial, representado pelo desejo de retomar ao seu domicílio. Para

explicitação da análise realizada, apresentamos relatos que podem subsidiar o entendimento:

"Dá uma dor, um puxão, sensação de repuxo no corte, mas não é bem uma dor é mais o puxão mesmo."

"Vontade de ir embora..."

Sobre as dúvidas do pós-cirúrgico, (23,5%) destes pacientes disseram ter dúvidas, em relação: à alimentação; à ferida operatória; ao uso da cinta abdominal; ao diagnóstico e ao seguimento ambulatorial. Essas dúvidas estão retratadas em:

"...só a alimentação eu não sei né! Alguns pacientes comentam que não podem comer glúten aí o médico disse que eu posso tá comendo normal, porque alguns pacientes falaram que não podia comer glúten porque podia inflamar."

"Dúvida de como cuidar dos pontos, de como fazer o curativo."

"Queria saber se vai ter que colocar a cinta."

"Não é dúvida, mas como eu não sei o que vai ser o resultado da biópsia, vai ser sanado uma dúvida, de ser é ou não é, porque benigno é uma coisa e maligno tem um tratamento e a partir de quando você tem o resultado, você faz o que for preciso".

Assim como o G1, no G2, teve sua maioria (94,1%) relatando que gostaria de receber atendimento psicológico no pós-operatório, a fim de ajudá-los a enfrentar os medos e angústias diante da nova condição e em relação à orientação e esclarecimento de dúvidas. Para contextualizar essa questão, há alguns relatos dos pacientes a seguir:

"Vocês sabem o que dizer e na hora certa, isso me ajudou muito e para os outros pacientes também. O que vocês fazem aqui ninguém faz e não tem nada que pague as palavras boas e confortantes"
"Eu creio que sim. Porque é orientação, ajuda, tudo ajuda, tudo favorece."

Com a análise das entrevistas, identificou-se as principais demandas destes pacientes no pré e pós-operatórios, o que subsidiou a proposição do protocolo de atendimento psicológico para abordar e suprir as necessidades dos pacientes com doenças colorretais crônicas.

7.1.2 Discussão

Por meio da análise de conteúdo dedutivo das demandas de atendimento psicológico, realizou-se a categorização, que foi sintetizada e subdividida em demandas psicológicas do pré e do pós-operatório mediato.

No pré-operatório, as demandas de atendimento psicológico foram:

- Necessidades de informações sobre a cirurgia e suas consequências;
- Expectativa de resultados com a cirurgia;
- Necessidade de atendimento psicológico.

No pós-operatório mediato as categorias de demandas de atendimento psicológico foram:

- Resultados da cirurgia;
- Perspectiva futura após a cirurgia;
- Necessidade de atendimento psicológico.

O tratamento cirúrgico com possibilidade de confecção de uma estomia intestinal, é um momento crucial na vida dos pacientes. Após a cirurgia, quando esta resulta na confecção de estomia, ocorre uma mudança fisiológica como a perda da continência para eliminação de fezes e flatus, além da alteração na imagem corporal, em decorrência da necessidade de utilizar um equipamento coletor. Essas mudanças repercutem no estado psíquico do paciente, uma vez que o mesmo passa por uma diversidade de emoções e sentimentos, permeados de dúvidas, incertezas e medos, ao longo deste tratamento.

No momento que antecede a cirurgia, o paciente passa por vários exames especializados, pelo preparo colônico, além de receber muitas informações em um curto período de tempo. Nessa fase do tratamento, é importante que essas informações sejam fornecidas de forma clara e compreensiva para os pacientes e familiares, considerando as especificidades de cada um. A obtenção de informações adequadas e a possibilidade de sanar dúvidas dos pacientes e familiares amenizam os sentimentos de medo, ansiedade e preocupações. Isto também faz com que os mesmos tenham mais confiança na equipe e, consequentemente, se sintam mais seguros e acolhidos neste momento.

As informações recebidas pelos pacientes da equipe interdisciplinar foram relacionadas com a doença e cirurgia; dificuldade em aceitar a sua condição de saúde; as mudanças e incertezas em relação à utilização da "bolsinha".

Nesta fase, a religiosidade, foi a estratégia mais utilizada por estes pacientes no enfrentamento do tratamento cirúrgico e do medo da recidiva para os pacientes oncológicos.

Para amenizar as incertezas causadas pelo adoecimento e tratamento cirúrgico é necessário o fornecimento de cuidados e informações pela equipe interdisciplinar, desde o momento do diagnóstico, indicação da cirurgia com possível confecção de uma estomia, conduta que deve perdurar até o seguimento ambulatorial para minimizar sofrimentos, reduzir a ansiedade e prevenir complicações no pós-operatório, para o alcance da reabilitação por estes pacientes (SAMPAIO et al., 2008; MENDONÇA et al., 2007).

Em um estudo realizado por Pereira et al. (2012), foi avaliada a qualidade de vida de pacientes estomizados, cujo resultado identificou que pacientes que não receberam informações no pré-operatório sobre a confecção de estomia, tiveram seus domínios físico e psicológico afetados.

Vários sentimentos como os medos e receios são vivenciados pelos pacientes nesta etapa, vinculados à rejeição familiar e de amigos, afetando o convívio social, que pode gerar o isolamento, além de dificuldades em lidar com a estomia por falta de conhecimento. Essas repercussões emocionais resultam em um desequilíbrio emocional, influenciando na manutenção da integridade e na adaptação à condição de estomizado (CESARETTI; SANTOS;

VIANNA, 2010). Para tanto, o atendimento psicológico deve ser iniciado no pré-operatório, quando o paciente tem contato concreto com a sua real condição de saúde. Isto deve ser considerado no planejamento da assistência da equipe interdisciplinar (SILVA et al., 2017).

O estado emocional do paciente no perioperatório se caracteriza por sintomas de ansiedade e depressão, que contribuem de forma negativa no estabelecimento de novas relações sociais, além de exacerbar o medo, a dor e o sofrimento (SOUZA et al., 2011; TELES et al., 2017).

Diante da alteração emocional vivenciada por estes pacientes, fez-se necessário o atendimento de um psicólogo capacitado, que possuísse conhecimento sobre as doenças, tratamentos e consequentemente, as reações dos pacientes. O psicólogo oferece um suporte emocional para auxiliar o paciente e o familiar a enfrentar as incertezas no pré-operatório, sendo que este é um momento de muitas dúvidas e receios. Porém, o trabalho do psicólogo deverá ser realizado em consonância com a equipe interdisciplinar, pois cada profissional tem seu papel específico no atendimento integral desta clientela.

Este atendimento psicológico, no momento que antecedeu à cirurgia, foi reconhecido pelos pacientes como um fator que possibilitou maior tranquilidade e menor ansiedade, além da melhora do nível de informação, favorecendo melhor enfrentamento da situação.

Portanto, é essencial que os profissionais, que atuam nesta área, tenham conhecimento em relação ao tratamento cirúrgico, considerando-se as suas repercussões físicas e emocionais. É imprescindível que seja realizada uma avaliação interdisciplinar no pré-operatório, principalmente com atendimento médico, psicológico e da enfermagem, para que assim, o paciente se sinta mais confiante em relação ao seu tratamento e, por conseguinte, seja estimulado ao autocuidado para o alcance da reabilitação (SAMPAIO et al., 2008; MENDONÇA et al., 2007; SILVA et al., 2017).

No pós-operatório, o paciente tem a constatação concreta de suas incertezas, medos e assim pode restabelecer uma nova rotina. Neste estudo, tivemos dois grupos distintos nesta etapa, os pacientes estomizados e não estomizados.

As reações emocionais evidenciaram que o fato de não precisar da “bolsinha” remeteu aos sentimentos de alívio e felicidade.

Por outro lado, aqueles que necessitaram da estomia intestinal, apresentaram diferentes reações, que incluíram a sensação de poder ter uma nova vida, com melhores condições de saúde, sem dores e incômodos que lhes causavam mal-estar. Alguns pacientes associaram a “bolsinha” como uma segunda chance de vida, uma nova data de nascimento, tanto para os pacientes com diagnósticos oncológicos como para aqueles com doenças inflamatórias. Isto pode estar relacionado com a fase anterior à cirurgia, no qual experimentaram um sofrimento de maior gravidade, quer seja físico ou emocional.

Em relação aos pacientes oncológicos, é importante ressaltar que o tratamento cirúrgico tem um significado associado à retirada do tumor (câncer), cujo sentido é atribuído ao ato do cirurgião “retirar com as mãos”. A sensação destes pacientes é a de resolução concreta, ou seja, o médico retira o seu problema de saúde, com as mãos. Desta forma, ter uma “bolsinha” pode ser considerado fundamental para a continuidade de sua vida, mesmo que não tenha sido possível a ressecção completa do tumor.

Isto foi evidenciado por Andersson, Engstrom e Soderberg (2010), em um estudo com mulheres com CCR e com estomia, que experimentaram pensamentos sobre a finitude no pré-operatório, contudo, se adaptaram a viver com colostomia, após a cirurgia. Apesar da necessidade do uso do equipamento coletor, estas mulheres relataram felicidade por ter sobrevivido ao câncer, o que lhes ajudou na adaptação à vida com colostomia, sem maiores dificuldades.

No nosso estudo, houve predominantemente relatos de sentimentos pessimistas como tristeza, medo e dificuldades de lidar com o novo corpo desconhecido. Ter a necessidade de uma “bolsa” acoplada ao seu corpo e a impossibilidade de seu controle torna-se assustador, requerendo adaptação, que envolve um tempo interno, diferente para cada paciente, tornando-o “corpo normal” (LENZA, 2016).

Medo do isolamento, restrição de vida social, assim como o preconceito, o desrespeito, a humilhação e a atitude de curiosidade de pessoas do convívio dos estomizados, além do receio de não conseguir manter as suas atividades

cotidianas, foram evidenciadas em um grupo de estomizados. Para amenizar estes sentimentos é necessário que haja um aprendizado adequado sobre o autocuidado, assim como um tempo para adaptação (VIOLIN; SALES, 2010; BATISTA et al., 2011).

As estratégias de ensino para estes pacientes remetem ao ensino do autocuidado, sobre o tratamento e seguimento ambulatorial especializado, tanto para os pacientes quanto para os familiares. Para o planejamento de ações para o uso destas estratégias, deve-se identificar as necessidades de cada paciente, incluindo-se os aspectos que favoreçam o aprendizado e entendimento sobre a cirurgia e suas consequências, como atitudes e comportamentos, além do desenvolvimento de habilidades motoras, cognitivas, interpessoais e adaptações necessárias para lidar com a condição de estomizado (SILVA et al., 2014). A educação em saúde torna-se propulsora das práticas de autocuidado (BATISTA et al., 2011; LENZA et al., 2013).

O ensino do autocuidado é visto como uma alternativa terapêutica, que possibilita a participação ativa do paciente no seu tratamento, assumindo a sua responsabilidade na continuidade do cuidado após a alta hospitalar, que favorece a superação de suas dificuldades, com aumento do sentimento de controle e autoconfiança, para o alcance de sua reabilitação (BONILL de las NIEVES, 2014; BATISTA et al., 2011; SASAKI et al., 2017).

A informação adequada à necessidade do paciente estomizado e familiar, tanto no pré como no pós-operatório está relacionada ao diagnóstico, tratamento cirúrgico e suas consequências, tratamentos adjuvantes, que deve ser associada às recomendações, desenvolvimento de habilidades e aquisição de conhecimentos específicos para favorecer à adaptação na retomada das atividades cotidianas dos pacientes (CHENG et al., 2013; ANDERSSON; ENGSTROM; SODERBERG, 2010; SOUZA et al., 2010; LENZA et al., 2013).

Foi evidenciada a correlação entre o conhecimento da estomia, a capacidade de autocuidado e o ajuste psicossocial, em um grupo de 54 pacientes ambulatoriais chineses com colostomia permanente, que aliando conhecimento com o ensino do autocuidado, favoreceu as adaptações para a vida diária e social (CHENG et al., 2013).

Portanto, os profissionais podem utilizar o ensino durante os cuidados com os pacientes, cujas estratégias possibilitam além da abordagem da

doença, a promoção do preparo destes para tomar decisões, verbalização de sentimentos e o enfrentamento das mudanças decorrentes da estomia, em todas as dimensões de suas vidas. Estas medidas favorecem à adaptação e o alcance da reabilitação (PEREIRA et al., 2012; SASAKI et al., 2017).

Para a adaptação do paciente às mudanças e incertezas, este necessitará utilizar estratégias de enfrentamento, sendo que, no nosso estudo, houve predomínio de estratégias focadas no problema, em situações em que os pacientes buscavam informações e respostas para suas dúvidas, para maior entendimento sobre o tratamento cirúrgico e até mesmo a realização do autocuidado (pacientes estomizados).

As estratégias voltadas para a emoção foram utilizadas pelos pacientes, que apresentaram maiores dificuldades em enfrentar o tratamento cirúrgico, identificadas como situações que envolveram distanciamento da realidade por não conseguir aceitar o seu adoecimento, naquele momento.

A estratégia por busca de suporte social ocorreu quando o paciente tinha a família e até mesmo a equipe como fonte de segurança e amparo. Para o paciente, o apoio e o estímulo dado pelas pessoas significativas os ajudaram a conseguir vencer seus sentimentos de perda, negação, revolta e falta de esperança, para modificar e superar as suas limitações (BATISTA et al., 2011).

Por outro lado, as práticas religiosas, forneceram esperança e otimismo durante este tratamento, por ser considerado doloroso, com sofrimento e angústia. Esta estratégia resulta em um bem-estar espiritual, o qual desempenha um papel importante para estes pacientes, principlamente quando confrontados com a necessidade de adaptação psicossocial à vida por doença colorretal crônica e uma colostomia (LI; REW; HWANG, 2012).

Para auxiliar os pacientes a lidarem com uma estomia intestinal é necessário abordar não apenas os problemas fisiológicos, mas sim as questões emocionais, durante o tratamento cirúrgico, abrangendo não somente os cuidados procedimentais, mas também o ensino e aconselhamento, inclusive em relação aos aspectos sociais e psicológicos. Contudo, este conjunto de ações de cuidados deverão ser realizados mediante à identificação de demandas apresentadas por cada um destes pacientes (KARABULUT; DINÇ; KARADAG, 2014).

O atendimento psicológico com o oferecimento de acolhimento e escuta ativa no pós-operatório, foram considerados pelos pacientes, como importantes como suporte profissional para lidar com as mudanças ocorridas nas suas vidas decorrentes da cirurgia. Este suporte lhes ajudou a vencer e a vivenciar a experiência de forma menos dolorosa.

O psicólogo deve atentar-se para as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por estes pacientes, avaliando se estas são adaptativas, para proporcionar melhor adaptação ao tratamento cirúrgico, por meio de intervenções psicoterápicas como suporte psicológico, psicoterapia de apoio e psicoterapia de crise.

Além de oferecer orientações e informações frente às necessidades e dúvidas dos pacientes e familiares, o psicólogo pode atuar como um tradutor das informações médicas, por isso é importante que este profissional esteja trabalhando, de forma integrada à equipe interdisciplinar. Assim, favorecerá a discussão de casos, principalmente quando há dificuldades de entendimento e de enfrentamento do adoecimento e da terapêutica cirúrgica. Ainda, poderá realizar a solicitação de atendimentos e intervenções outros profissionais, quando necessárias.

O atendimento psicológico neste contexto, nem sempre é possível, devido ao comprometimento clínico dos pacientes no pré-operatório, bem como a realização de exames e preparos que antecedem a cirurgia; e no pós-operatório devido ao maior comprometimento físico em decorrência da cirurgia que resulta principalmente na fadiga, que se manifesta na maioria dos pacientes. O comprometimento clínico influencia a cognição destes pacientes, dificultando a intervenção psicológica e pode ainda causar alterações psíquicas.

Mediante a análise destas demandas psicológicas foi elaborado o “Protocolo de Atendimento Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas em Tratamento Cirúrgico”, que visa atender as necessidades dos pacientes, além de possibilitar a continuidade dos atendimentos após alta hospitalar. A síntese da análise destas demandas originou a base deste protocolo, que pode ser representada pela Figura 1.

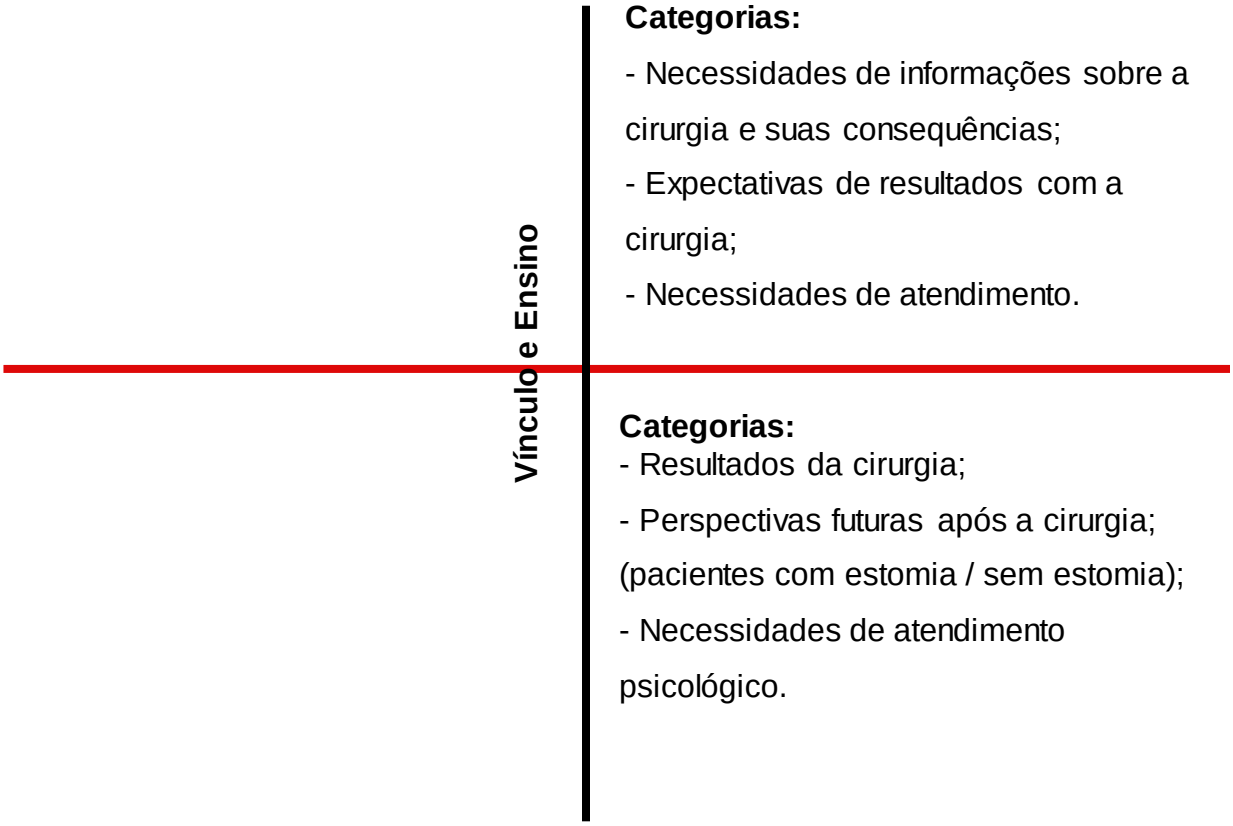


Figura 1: Síntese das demandas psicológicas no perioperatório. Ribeirão Preto, 2019.

Este protocolo pode ser representado no eixo horizontal, na parte superior pelas demandas do pré-operatório, que foram sintetizadas em três categorias: **Necessidades de informações sobre a cirurgia e suas consequências; Expectativas de resultados com a cirurgia e Necessidades de atendimento psicológico**.

No eixo horizontal, na parte inferior pelas demandas do pós-operatório, que foram sintetizadas em três categorias: **Resultados da cirurgia; Perspectivas futuras após a cirurgia (pacientes com estomia / sem estomia) e Necessidades de atendimento psicológico**.

E no eixo vertical, encontram-se as demandas, que são transversais para o atendimento psicológico e também para a intervenção dos outros profissionais da equipe interdisciplinar, denominadas de **Vínculo e Ensino**, estas se encontram tanto no pré como no pós-operatório.

Nesta figura, o atendimento é dividido em dois períodos, o pré e o pós-operatório, porém ambos estão interligados por um eixo principal, que se caracteriza pela formação de vínculo e ensino com fornecimento de informações eficazes. O fornecimento de informações claras e compreensivas para o paciente aliado a um vínculo com a equipe interdisciplinar, que deve ser iniciado com a comunicação diagnóstica e indicação cirúrgica no perioperatório, remete a sentimentos de confiança, segurança, diminuição de ansiedade sobre a cirurgia, favorecendo assim, o enfrentamento do tratamento cirúrgico com menor sofrimento psíquico.

Este protocolo visa identificar possíveis demandas psicológicas no pré e pós-operatório, mediante à análise de respostas de pacientes com doenças colorretais crônicas em tratamento cirúrgico. Contudo, podem surgir demandas específicas em decorrência da gravidade clínica e da utilização ou capacidade de enfrentamento do paciente.

Dessa maneira, por meio da análise e discussão dos resultados da etapa quantitativa foi elaborado a proposição de um protocolo psicológico para pacientes com doenças colorretais crônicas no perioperatório, que será apresentado no próximo capítulo.

8. PROPOSIÇÃO DO PROTOCOLO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES COM DOENÇAS COLORRETAIS NO PERIOPERATÓRIO

A Figura 2 é o fluxograma, que representa a síntese do processo de elaboração deste protocolo.

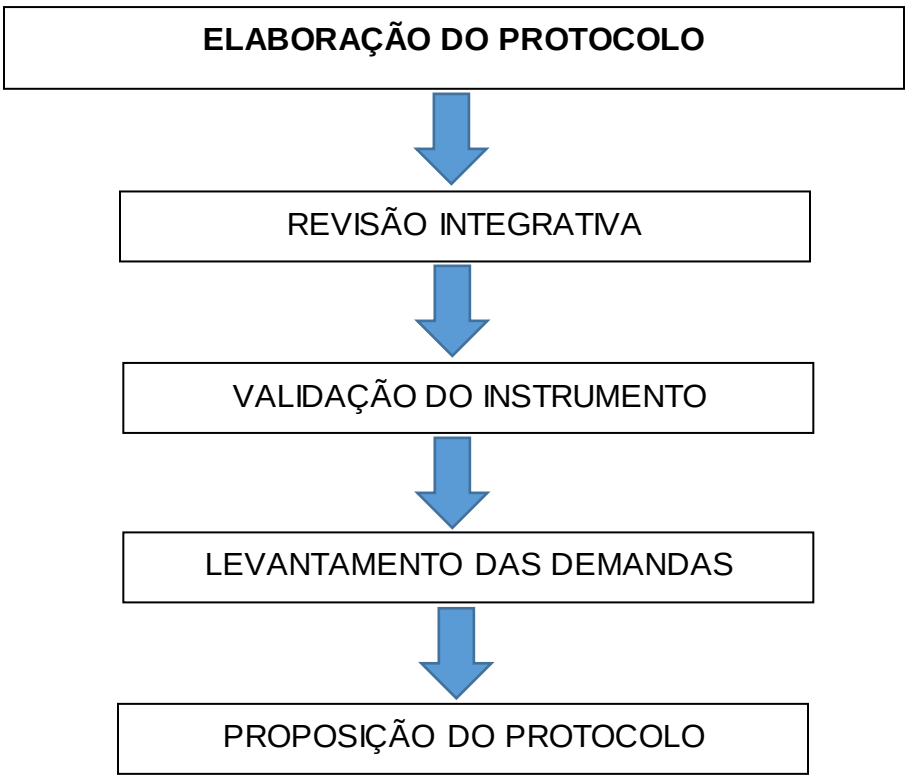


Figura 2: Fluxograma do processo de elaboração da proposição do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório. Ribeirão Preto, 2019

Este protocolo tem por objetivo nortear o atendimento psicológico de pacientes com doenças colorretais crônicas em tratamento cirúrgico, que tem a possibilidade de confecção de estomia intestinal. Por meio deste protocolo, aborda-se as demandas psicológicas no perioperatório, com perspectiva interdisciplinar (médicos, enfermeiro estomaterapeuta ou com experiência com estomia, equipe de enfermagem, nutricionista assistente social e outros profissionais).

A sua elaboração foi fundamentada em uma revisão integrativa, que evidenciou a inexistência de protocolo psicológico para essa clientela. Por meio desta revisão, também foi elaborado e validado um instrumento, que contempla informações sociodemográficas, clínicas e terapêuticas, além do

estabelecimento das demandas de atendimento psicológico (SILVA et al., 2017).

Constatou-se que a utilização de instrumentos sobre a utilização de estratégias de enfrentamento para a avaliação psicológica, não foi adequada para estes pacientes, por suscitar sentimentos e reações, em decorrência da condição de debilidade e fadiga, durante a aplicação do instrumento na íntegra. E assim, para a avaliação psicológica foram adotadas questões discursivas para entrevista semiestruturada.

Foram realizadas 30 entrevistas de pacientes com doenças colorretais crônicas em tratamento cirúrgico, mediante a utilização de um instrumento validado, para a proposição do protocolo de atendimento psicológico.

A sequência do protocolo foi baseada no Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO) de Turra et al. (2012), proposto para pacientes em atendimento em uma unidade de internação cirúrgica, de diferentes especialidades médicas. Esse protocolo está estruturado em 10 eixos: (a) identificação; (b) avaliação do estado mental; (c) apoio social; (d) demandas pré-operatórias; (e) demandas pós-operatórias; (f) estratégias de enfrentamento; (g) entendimento da condição clínica; (h) síntese do diagnóstico psicológico; (i) intervenções/abordagens psicoterapêuticas estabelecidas; e (j) avaliação da intervenção psicológica.

A estrutura deste protocolo está apresentada na **Figura 3**.

Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do paciente:	
Número do prontuário:	
Sexo:	
Idade:	
Estado civil:	
Diagnóstico:	
Tempo de diagnóstico:	
Tempo de tratamento:	
Data do atendimento psicológico Pré-operatório: Pós-operatório:	
Observações:	
AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL	
Nível de consciência:	
Pré-operatório	*Pós-operatório*
Orientação em relação ao tempo e espaço:	
Pré-operatório	*Pós-operatório*
Comunicação:	
Pré-operatório	*Pós-operatório*
Estado de humor:	
Pré-operatório	*Pós-operatório*
Observações:	

APOIO SOCIAL		
Com quem mora:		
Relacionamento com os familiares e amigos:		
Observações:		
DEMANDAS PRÉ-OPERATÓRIAS		
( ) Conhecimento sobre diagnóstico e tratamento; ( ) Conhecimento sobre o procedimento cirúrgico; ( ) Conhecimento sobre o equipamento coletor nos pacientes candidatos à confecção de estomia.		
Observações:		
DEMANDAS PÓS-OPERATÓRIAS		
( ) Conhecimento dos cuidados no pós-operatório (seguimento do tratamento e autocuidado nos pacientes que necessitaram da confecção de estomia); ( ) Reações fisiológicas e psicológicas.		
Observações:		
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO		
Focalizadas no problema	Pré-operatório ( )	Pós-operatório ( )
Focalizadas na emoção	Pré-operatório ( )	Pós-operatório ( )
Busca de suporte social (família e equipe)	Pré-operatório ( )	Pós-operatório ( )
Práticas religiosas/pensamento fantasioso	Pré-operatório ( )	Pós-operatório ( )
Observações:		
ENTENDIMENTO DA CONDIÇÃO CLÍNICA		
Funcional	Pré-operatório ( )	Pós-operatório ( )
Limitado	Pré-operatório ( )	Pós-operatório ( )
Inadequado	Pré-operatório ( )	Pós-operatório ( )
Observações		

SÍNTESE DO DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO
INTERVENÇÕES/ABORDAGENS PSICOTERAPÊUTICAS ESTABELECIDAS
Suporte psicológico ( ) Psicoterapia de apoio ( ) Psicoterapia de crise ( )
Observações:
AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

Figura 3: Estrutura do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório. Ribeirão Preto, 2019

No eixo **Identificação** destina-se a obtenção de dados como (a) iniciais do nome completo do paciente; (b) registro hospitalar do paciente; (c) sexo; (d) idade; (e) estado civil; (f) diagnóstico; (g) data do diagnóstico; (h) data do início do tratamento; e (i) registro das datas dos atendimentos psicológicos (pré e pós-operatório).

No eixo **Estado Mental** deverão ser obtidas informações como nível de consciência; orientação em relação ao tempo e espaço; comunicação; estado de humor, com descrição de fatos, informações com a equipe interdisciplinar (equipe médica, enfermagem, nutrição e serviço social) e acompanhantes, se necessário, para contextualização sociocultural.

Em relação ao **Suporte Social** avaliam-se as interações do paciente com familiares e amigos, papel familiar do paciente e existência de rede apoio.

Em relação à **Investigação das Demandas Perioperatórias**, estas foram subdividas em (a) pré-operatórias, que podem ser categorizadas em: Conhecimento sobre diagnóstico e tratamento (conhecimento fidedigno do diagnóstico informado pela equipe médica e a possibilidade do resultado com o tratamento cirúrgico); Conhecimento sobre o procedimento cirúrgico (tipo de cirurgia e suas consequências – estomia intestinal); Conhecimento sobre o equipamento coletor nos pacientes candidatos à confecção de estomia (informações sobre a necessidade da utilização do equipamento); e (b) demandas pós-operatórias, que foram categorizadas em: Conhecimento dos cuidados no pós-operatório (seguimento ambulatorial e autocuidado nos pacientes que necessitaram da confecção de estomia); Reações fisiológicas e psicológicas.

Na avaliação psicológica sobre o enfrentamento da cirurgia (maior evento estressor), avalia-se as reações emocionais (ansiedade, medo do desconhecido e angústia, dentre outras) para estabelecer intervenções, favorecendo a melhor adaptação possível durante o tratamento cirúrgico.

Esta avaliação psicológica favorece o conhecimento efetivo da condição de saúde do paciente e necessidade de esclarecimentos de dúvidas pela equipe interdisciplinar. Contudo, o psicólogo necessita ter conhecimento do quadro clínico de saúde do paciente e do tratamento proposto, pois a sua função, muitas vezes é como tradutor das informações médicas e de enfermagem, bem como de outros profissionais da saúde. Este conhecimento

também proporciona avaliar adequadamente a capacidade e a utilização de estratégias de enfrentamento do paciente, com identificação de diagnósticos psicológicos.

As dúvidas podem estar relacionadas ao procedimento cirúrgico (anestesia e local cirúrgico); preparo físico pré-operatório (rotina da unidade cirúrgica); a estomia (tempo de permanência e possibilidade de reconstrução do trato intestinal), autocuidado necessário no pós-operatório, repercussões da cirurgia no cotidiano (trabalho e lazer); e necessidade de seguimento ambulatorial especializado.

Sobre o **Enfrentamento**, recomenda-se identificar comportamentos construtivos que ajudam o paciente a lidar com as situações clínicas, além dos elementos não construtivos, que dificultam a adesão ao tratamento e causam sofrimento e desesperança. Com esta identificação, será possível classificar a estratégia de enfrentamento (focalizadas no problema; focalizadas na emoção; busca de suporte social e práticas religiosas/pensamento fantasioso) (SEIDL; TROCCOLI; ZANNON, 2001).

O **Entendimento do Quadro Clínico** avalia o entendimento e interpretação do paciente em relação à sua condição clínica e a possibilidade de alcance de resultados com o tratamento cirúrgico, além de utilização adequada/inadequada das informações recebidas.

Para classificar e categorizar as respostas dos pacientes em relação ao seu quadro clínico, utilizamos as três categorias de Turra et al. (2012): Funcional (paciente consegue descrever de forma correta seu quadro de saúde); Limitada (paciente descreve parcialmente o diagnóstico e o tratamento cirúrgico); Inadequada (paciente desconhece, ou relata de maneira errada o motivo da internação).

A **Síntese do Diagnóstico Psicológico** é realizada mediante a avaliação de todos os eixos contemplados neste protocolo com definição da capacidade de enfrentamento do paciente e as estratégias utilizadas por este em relação ao tratamento cirúrgico.

As **Intervenções/Abordagens Psicoterapêuticas** podem ser: o suporte psicológico, a psicoterapia de apoio e a psicoterapia de crise.

A **Avaliação da Intervenção Psicoterapêutica** é o último eixo deste protocolo que objetiva avaliar as intervenções realizadas, seus resultados e indicação de seguimento psicológico.

Ainda, elaborou-se as instruções para favorecer a utilização deste protocolo, como se segue:

Instruções para a utilização do protocolo

Este protocolo é indicado para nortear os principais pontos a serem abordados em uma intervenção psicológica para pacientes com doenças colorretais crônicas em tratamento cirúrgico, independente da abordagem psicológica.

Para realização das intervenções, é necessário que o psicólogo tenha conhecimento da rotina da unidade cirúrgica, para que assim possa organizar seus atendimentos em relação ao dia e horário. Porém, nas intervenções pós-operatórias é indicado que se aborde o paciente a partir do segundo dia de cirurgia, pois o mesmo passa por um período de recuperação, se encontrando muitas vezes fadigado e sonolento (efeitos da cirurgia e anestesia), o que requer sempre uma avaliação da condição fisiológica e psicoemocional.

Para abordar questões referentes às dúvidas sobre o equipamento coletor, é importante que o paciente tenha contato com o mesmo, para que assim, o atendimento possa se configurar de uma forma mais lúdica e concreta, buscando a desmistificação dos medos e angústias dos pacientes.

Por fim, é essencial o contato com a equipe interdisciplinar, para que o psicólogo possa estabelecer um diálogo, buscando trocas de informações sobre o paciente, além de enfatizar a importância do fornecimento de informações de forma clara e compreensiva para os pacientes e o fortalecimento do vínculo de confiança entre equipe/paciente.

9. IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES COM DOENÇAS COLORRETAIS CRÔNICAS NO PERIOPERATÓRIO

9.1 Resultados

9.1.1 Caracterização sociodemográfica, clínica e de estomia intestinal dos participantes da etapa de implementação do protocolo psicológico

Os resultados correspondentes à segunda etapa deste estudo, que corresponde à implementação do protocolo psicológico proposto, que foi realizada com abordagem e análises qualitativas, pela possibilidade de aprofundar a avaliação da exequibilidade e adequação deste protocolo para pessoas em primeiro tratamento cirúrgico por doenças colorretais crônicas com possibilidade de confecção de estomia intestinal. A implementação pode ser sintetizada pela Figura 4.

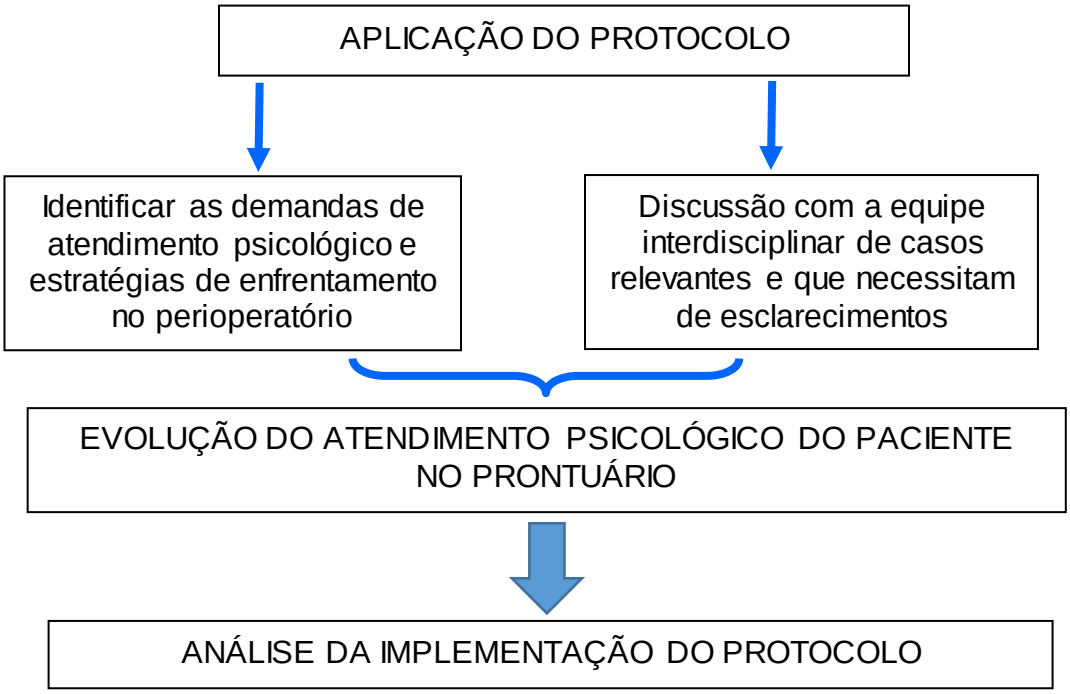


Figura 4: Fluxograma do processo da implementação do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório. Ribeirão Preto, 2019

Apresentaremos sequencialmente, a caracterização sociodemográfica, clínica e de estomia intestinal dos participantes, bem como as demandas psicológicas estabelecidas, as intervenções realizadas e avaliação da implementação este protocolo.

Participante	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Diagnóstico	Tempo de diagnóstico	Tempo de tratamento	Confecção de estomia
P1	F	63	Casada	Fundamental incompleto	Aposentada	Neoplasia (Estadiamento II)	1 mês	1 mês	Sim
P2	F	54	Casada	Fundamental completo	Costureira	Neoplasia (estadiamento II)	1 mês	Menos de 1 mês	Não
P3	M	63	Casado	Fundamental incompleto	Porteiro/Aposentado	Neoplasia (estadiamento I)	Menos de 1 mês	Menos de 1 mês	Não
P4	F	39	Casada	Superior completo	Pedagoga	Neoplasia (estadiamento II)	Menos de 1 mês	Menos de 1 mês	Não
P5	M	52	Casado	Fundamental incompleto	Aposentado	Neoplasia (estadiamento IV)	17 meses	17 meses	Não
P6	M	57	Casado	Fundamental incompleto	Pedreiro/desempregado	Neoplasia (estadiamento III)	Menos de 1 mês	Menos de 1 mês	Não
P7	F	67	Divorciada	Fundamental incompleto	Aposentada	DII (Megacólon)	Menos de 1 mês	Menos de 1 mês	Não
P8	M	74	Casado	Fundamental incompleto	Aposentado	Neoplasia (estadiamento II)	2 meses	Menos de 1 mês	Não
P9	F	49	Solteira	Fundamental incompleto	Agricultora/desempregada	DII (Retocolite ulceratica)+ Neoplasia (estadiamento II)	Neoplasia- menos de 1 mês Retocolite- 240 meses	Neoplasia- menos de 1 mês Retocolite- 240 meses	Não
P10	F	72	Viúva	Fundamental incompleto	Aposentada	Neoplasia (estadiamento III)	15 meses	5 meses	Sim
P11	M	27	Solteiro	Superior completo	Administrador/Empresário	DII (Crohn)	18 meses	18 meses	Não
P12	M	27	Solteiro	Superior completo	Administrador de empresa	DII (Crohn)	1 mês	1 mês	Não
P13	M	43	Casado	2º grau incompleto	Aposentado	DII (Crohn)	240 meses	240 meses	Sim
P14	M	34	Casado	2º grau completo	Caminhoneiro	DII (Crohn)	120 meses	120 meses	Sim
P15	F	49	Viúva	2º grau completo	Comerciante	Neoplasia (estadiamento IV)	Menos de 1 mês	Menos de 1 mês	Sim
P16	F	60	Casada	Fundamental completo	Aposentada	Neoplasia (estadiamento I)	Menos de 1 mês	Menos de 1 mês	Sim

Quadro 1 Caracterização sociocultural, clínica e de estomia intestinal dos participantes da etapa de implementação do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório. Ribeirão Preto-SP, 2019

Enfatiza-se que os critérios de seleção de possíveis participantes para a segunda etapa do estudo foram: pacientes em primeiro tratamento cirúrgico com possibilidade de confecção de estoma intestinal por CCR ou DII; acima de 18 anos; de ambos os sexos; e que obtivessem a pontuação adequada à sua escolaridade no Miniexame do Estado Mental (MEEM). Desta etapa de implementação do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório, participaram 16 pacientes, cuja caracterização sociodemográfica, clínica e de estomia intestinal está descrita no Quadro 1.

Nesta etapa, dos 16 participantes, oito eram mulheres e oito homens. Na primeira etapa havia predomínio de homens (60,0%), mas nesta segunda etapa buscou-se ampliar a representatividade feminina.

A média de idade dos pacientes foi de 51,9 anos, sendo que houve predomínio de seis (37,5%) pacientes com mais de 60 anos. Na primeira etapa, a média havia sido de 57 anos, predominantemente na faixa etária de 51-60 anos (30,0%).

A maioria era de cor branca com oito (50,0%) participantes, assim como na primeira etapa com (60,0%). Em relação ao estado civil, dez (62,5%) eram casados, semelhantemente à primeira etapa com (60,0%). Quanto à escolaridade, a média de anos de estudos foi de 6,7 anos, assim como na primeira etapa, que foi de 7 anos.

Em relação à ocupação, sete (43,7%) eram aposentados, sete (43,7,0%) pacientes trabalhavam e dois (12,5%) estavam desempregados. As atividades laborais foram: costureira, porteiro, pedagoga, empresário, administrador de empresa, caminhoneiro e comerciante. Na primeira etapa, a maior parte era aposentada (43,3%) e (30,0%) trabalhavam.

No que se refere ao diagnóstico, a maioria (10 – 62,5%) apresentava diagnóstico de neoplasia colorretal, cinco (31,2%) com diagnósticos não neoplásicos e um (6,2%) participante tinha diagnóstico neoplásico e de doença inflamatória. Dentre os pacientes com neoplasia, a maior parte apresentava estadiamento II (45,4%). Na primeira etapa predominou o diagnóstico de neoplasia colorretal em estadiamento III.

Dos 16 participantes desta etapa, seis (34,0%) necessitaram da confecção de estomia intestinal.

A média de tempo de diagnóstico da doença foi de 45,9 messes, com média de tempo de tratamento de 58,7 meses. Como resultado da cirurgia, seis pacientes foram estomizados. Já em relação a primeira etapa, observou-se que a média de tempo de diagnóstico foi de 32 meses e de tratamento de 30 meses, sendo que, como na segunda etapa, a maioria (56,7%) dos pacientes não necessitaram de realizar a confecção de estomia.

No que se refere à religião, apenas um paciente relatou não ter religião, sendo que predominou a católica com 12 (75,0%) participantes. Na primeira etapa (100,0%) dos pacientes relataram ter uma religião, destacando a católica (66,6%).

A média de tempo para a aplicação do protocolo foi de 39,1 minutos.

Na análise das características sociodemográficas e clínicas dos participantes da segunda etapa, comparativamente aos dados da amostra da primeira etapa, verificou-se a similaridade necessária para a avaliação da implementação deste protocolo, que foi elaborado considerando-se a caracterização dos participantes da primeira etapa.

9.1.2 Demandas psicológicas, estratégias de enfrentamento e entendimento da condição clínica dos pacientes com doenças colorretais crônicas

Para a realização da implementação do protocolo, foi necessário primeiramente a inserção da pesquisadora no contexto do estudo, para o conhecimento dos profissionais, da dinâmica de trabalho da equipe, da infraestrutura do local e da definição do local adequado para a realização das entrevistas. Com a inserção da pesquisadora no local do estudo foi possível estabelecer uma relação de confiança com a equipe interdisciplinar que assiste os pacientes da Coloproctologia, além de favorecer a troca de informações e discussão dos casos, auxiliando na compreensão do estado físico e emocional dos participantes deste estudo. Estas informações foram essenciais para o planejamento e implementação do protocolo psicológico e sua avaliação.

Nesta segunda etapa do estudo, foi implementado este protocolo, com estabelecimento das demandas psicológicas e das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes, o que possibilitou a realização de

uma intervenção terapêutica individualizada para cada paciente, definindo-se as prioridades, em conjunto com a equipe interdisciplinar.

No Quadro 2 pode-se verificar a síntese das demandas psicológicas, as estratégias de enfrentamento utilizadas e o entendimento clínico dos participantes desta etapa do estudo.

Participante	Demandas Pré-operatórias	Demandas pós-operatórias	Estratégias de enfrentamento		Entendimento da condição clínica	
			Pré-operatório	Pós-operatório	Pré-operatório	Pós-operatório
P1	Conhecimento sobre diagnóstico e tratamento; e procedimento cirúrgico	Conhecimento sobre reações fisiológicas e psicológicas	Focalizadas no problema; Práticas religiosas/pensamento fantasioso	Focalizadas no problema; Práticas religiosas/pensamento fantasioso	Funcional	Funcional
P2	Conhecimento sobre diagnóstico e tratamento	Conhecimento sobre reações fisiológicas e psicológicas	Focalizadas no problema	Focalizadas na emoção	Funcional	Funcional
P3	Conhecimento sobre diagnóstico e tratamento; o equipamento coletor	Conhecimentos sobre cuidados pós-operatório	Focalizadas no problema; Busca de suporte social; Práticas religiosas/pensamento fantasioso	Focalizadas no problema	Funcional	Funcional
P4	Conhecimento sobre o equipamento coletor	Conhecimento sobre cuidados pós-operatório	Focalizadas no problema	Focalizadas no problema	Funcional	Funcional
P5	Conhecimento sobre o equipamento coletor	Conhecimento sobre cuidados pós-operatório; e reações fisiológicas e psicológicas	Focalizadas no problema	Focalizadas no problema	Funcional	Funcional
P6	Conhecimento sobre diagnóstico e tratamento; e procedimento cirúrgico	Conhecimento sobre cuidados pós-operatório	Focalizadas no problema; Práticas religiosas/pensamento fantasioso	Focalizadas no problema; Práticas religiosas/pensamento fantasioso	Limitado	Limitado
P7	Conhecimento sobre diagnóstico e tratamento	Conhecimento sobre reações fisiológicas e psicológicas	Práticas religiosas/pensamento fantasioso	Práticas religiosas/pensamento fantasioso	Limitado	Limitado

P8	Conhecimento sobre o procedimento cirúrgico; e equipamento coletor	Conhecimento sobre cuidados pós-operatório	Focalizadas no problema; Práticas religiosas/pensamento fantasioso	Focalizadas no problema	Funcional	Funcional
P9	Conhecimento sobre o equipamento coletor	Conhecimento sobre cuidados pós-operatório	Práticas religiosas/pensamento fantasioso	Práticas religiosas/pensamento fantasioso	Limitado	Limitado
P10	Conhecimento sobre o equipamento coletor	Conhecimento sobre cuidados pós-operatório	Focalizadas no problema	Focalizadas no problema	Funcional	Funcional
P11	Conhecimento sobre o equipamento coletor	Conhecimento sobre cuidados pós-operatório	Focalizadas no problema	Focalizadas no problema	Funcional	Funcional
P12	Conhecimento sobre diagnóstico e tratamento	Conhecimento sobre reações fisiológicas e psicológicas	Focalizadas no problema	Focalizadas no problema	Funcional	Funcional
P13	Conhecimento sobre o equipamento coletor	Conhecimento sobre reações fisiológicas e psicológicas	Focalizadas no problema	Focalizadas no problema	Funcional	Funcional
P14	Conhecimento sobre o procedimento cirúrgico; e equipamento coletor	Conhecimento sobre cuidados pós-operatório	Focalizadas no problema	Focalizadas no problema	Limitado	Limitado
P15	Conhecimento sobre diagnóstico e tratamento; procedimento cirúrgico; e equipamento coletor	Conhecimento sobre cuidados pós-operatório	Focalizadas no problema	Focalizadas no problema	Funcional	Funcional
P16	Conhecimento sobre o equipamento coletor	Conhecimento sobre cuidados pós-operatório	Focalizadas no problema; Práticas religiosas/pensamento fantasioso	Focalizadas no problema; Práticas religiosas/pensamento fantasioso	Funcional	Funcional

Quadro 2 Demandas psicológicas, estratégias de enfrentamento e entendimento clínico sobre a doença pelos participantes do estudo, mediante a implementação do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório. Ribeirão Preto-SP, 2019

As demandas psicológicas apresentadas pelos pacientes no pré-operatório foram acerca do conhecimento do diagnóstico e tratamento; sobre o procedimento cirúrgico e do equipamento coletor.

Assim, a demanda psicológica de conhecimento no pré-operatório sobre o diagnóstico e tratamento foram apresentadas por sete participantes (P1, P2, P3, P4, P6, P7, P12 e P15).

A demanda psicológica de conhecimento sobre o procedimento cirúrgico foi verificada em cinco participantes (P1, P6, P8, P14 e P15).

A demanda psicológica de conhecimento sobre o equipamento coletor foi identificada em 11 participantes (P3, P4, P5, P8, P9, P10, P11, P13, P14, P15 e P16).

No pós-operatório mediato, para seis pacientes (P1, P2, P5, P7, P12 e P13), as demandas psicológicas modificaram-se para conhecimento das reações fisiológicas e psicológicas. Assim, a demanda psicológica de conhecimento sobre cirurgia e suas consequências da etapa quantitativa, foi aprofundada na etapa qualitativa, agregando-se mais elementos da experiência dos 16 participantes, o que contribuiu para melhorar a descrição e, respectiva definição, sendo denominado de reações fisiológicas e psicológicas.

A demanda de conhecimento sobre os cuidados no pós-operatório foi identificada em 11 pacientes (P3, P4, P5, P6, P8, P9, P10, P11, P14, P15 e P16).

As estratégias de enfrentamento utilizadas no pré-operatório foram: Focalizadas no problema por 13 pacientes (P1, P2, P4, P5, P6, P8, P10, P11, P12, P13, P14, P15 e P16); Práticas religiosas/pensamento fantasioso por sete pacientes (P1, P3, P6, P7, P8, P9 e P16); e Busca de suporte social por um paciente (P3).

As estratégias de enfrentamento utilizados no pós-operatório foram: Focalizadas no problema, que foram mantidas pelos 13 pacientes (P1, P2, P4, P5, P6, P8, P10, P11, P12, P13, P14, P15 e P16) no pré-operatório; Práticas religiosas/pensamento fantasioso por cinco pacientes (P1, P6, P7, P9 e P16); Focadas na emoção por um paciente (P2).

Em relação ao entendimento da condição clínica, verificou-se que, tanto no pré-operatório como no pós-operatório, foi funcional em 12 pacientes (P1, P2, P3, P4, P5, P8, P10, P11, P12, P13, P15 e P16). Por outro lado, quatro pacientes (P6, P7, P9 e P14), tanto no pré como no pós-operatório mediato, apresentaram o entendimento limitado sobre a sua condição clínica, isto significa que a falta de

informação sobre diagnóstico e tratamento no pré-operatório não foi suficiente, o que manteve o entendimento limitado no pós-operatório, dificultando a obtenção de conhecimento do paciente sobre sua própria condição clínica.

No pré-operatório, os pacientes declararam-se apreensivos e angustiados com a possibilidade da confecção da estomia intestinal, independentemente do diagnóstico oncológico ou não, pois a maior preocupação verbalizada foi a possibilidade de mutilação e da mudança corporal, por constituir uma situação mais estarrecedora do que o estigma do diagnóstico de câncer.

As incertezas sobre as suas vidas durante o tratamento cirúrgico resultou em demandas psicológicas por informações sobre o diagnóstico e tratamento, bem como esclarecimentos de dúvidas como resultado da biópsia coletada no intraoperatório, a continuidade do tratamento, necessidade de tratamentos adjuvantes (quimioterapia antineoplásica e radioterapia); entre os pacientes com DII, a necessidade de informações foi relacionada ao retorno da "normalidade" de suas vidas, ou seja, expectativa da diminuição das dores e a possibilidade da retomada da rotina laboral e social, já que a DII é extremamente limitante e o tratamento cirúrgico constituía a última esperança para a melhora na vida destes pacientes.

As dúvidas sobre o procedimento cirúrgico incluíram o medo da anestesia e do procedimento cirúrgico, que pode ser dimensionada por: *"[...] será que eu vou voltar da anestesia*" (DiC).

Isto nos remete a refletir sobre as incertezas do desconhecido para o paciente, representada pela anestesia e a cirurgia, bem como a lacuna de informações, em decorrência da utilização de linguagem científica utilizada pelos profissionais da saúde, que pode dificultar o entendimento dos pacientes, pois, desta forma, a explicação nem sempre é clara e objetiva (PEREIRA et al., 2012).

As dúvidas relacionadas ao equipamento coletor, evidenciaram o temor sobre a possibilidade de ser estomizado, vinculada à concretude da mutilação representada pela "bolsinha" no abdômen.

A estomização intestinal traz sentimentos conflituosos como a esperança de uma vida melhor para os pacientes com DII ou a cura para os pacientes com CCR após a retirada do tumor; e antagonicamente, o sentimento de desespero diante da impossibilidade de controle do seu próprio corpo, a necessidade de cuidados específicos como troca e higienização do equipamento coletor. Isto requer a

aprendizagem e informações para a realização do autocuidado, assim como a adaptação da rotina cotidiana e as repercussões na vida destes pacientes.

Mas para muitos pacientes, esta necessidade de informações sobre a estomização intestinal somente fez sentido no pós-operatório, não por um descaso ou uma falta de abordagem pelos profissionais de saúde, mas pela esperança da não estomização. Esta pode ser uma estratégia de enfrentamento, um mecanismo de defesa, para o enfrentamento da cirurgia e do medo da mutilação e a “concretude do adoecimento”, pois o equipamento coletor denuncia a condição de estomizado.

No pós-operatório, houve diferentes sentimentos e emoções decorrentes da estomização e da não estomização. Pacientes estomizados apresentaram sentimento de tristeza e, ao mesmo tempo, de alívio por ter conseguido sobreviver a cirurgia e manifestação de esperança de uma vida melhor após o tratamento cirúrgico. Para os pacientes, o equipamento coletor suscitou dúvidas sobre os cuidados de troca e higienização, além de aspectos sobre adaptação na vida cotidiana, incluindo-se a necessidade de informações sobre acesso aos equipamentos coletores e seus adjuvantes pelo Programa de Ostomizados do SUS e aos benefícios sociais.

Os pacientes não estomizados mostraram-se bastante aliviados por não ter uma “bolsinha” em seu abdômen, que aumentou a esperança de uma vida melhor. A demanda de necessidades psicológicas no pós-operatório foi sobre as reações fisiológicas decorrentes da cirurgia e sobre o acompanhamento ambulatorial, traduzindo a necessidade de informações sobre o procedimento cirúrgico.

As demandas de conhecimento sobre as reações fisiológicas dos pacientes incluíram as reações ao procedimento cirúrgico como dor no local da cirurgia, mal-estar, desconfortos, jejum pós-operatório e a fadiga fisiológica e psicossocial.

Quanto as reações psicológicas, estas eram caracterizadas por um aglomerado de sentimentos e emoções que configuraram a forma de como os pacientes conseguiram encarar o adoecimento naquele momento, por meio dos mecanismos de enfrentamento.

Para identificar estas demandas foi necessário que a psicóloga pesquisadora, tivesse o conhecimento sobre a fisiologia da doença, terapêutica cirúrgica e suas consequências, prognósticos e seguimento ambulatorial, além das repercussões psicoemocionais. Além de compreender o estigma em relação à estomia intestinal e

suas consequências na vida do paciente, pois essas informações são fundamentais para a realização do atendimento psicológico.

As estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes para se ajustarem e se adaptarem à situação vivenciada por estes no pré-operatório foram classificadas em: focalizadas no problema; práticas religiosas/pensamento fantasioso e busca de suporte social. No pós-operatório mantiveram-se as estratégias focalizadas no problema e as práticas religiosas/pensamento fantasioso, com acréscimo da estratégia focalizada na emoção.

No pré-operatório a estratégia focalizada no problema gerou o comportamento de busca de conhecimento para dúvidas tanto sobre a cirurgia quanto sobre o equipamento coletor, que existia enquanto uma possibilidade e gerava incerteza, nos pacientes. Para lidar com esta incerteza, os pacientes buscaram manter a esperança de não necessitarem da confecção de estomia intestinal por meio da fé, pelas práticas religiosas, por confiarem suas vidas à "vontade de Deus" (DiC). A família constituiu uma importante fonte de suporte social, amparando-os e fortalecendo-os para enfrentarem esta fase de crise em suas vidas.

No pós-operatório, com a concretização do resultado da cirurgia como a presença ou ausência da bolsa de colostomia, os pacientes passaram a buscar informações para conseguirem se adaptar às situações e novas necessidades e se sentirem mais seguros, como uma forma de obtenção de maior autonomia diante de seu tratamento e para a retomada de sua vida. Outros participantes "*pediram à Deus"* (DiC) forças para continuar na luta ou agradeceram pela não estomização. Para os pacientes estomizados, verificou-se o surgimento do sentimento de conformismo, que levaram a aceitar sua condição para dar continuidade à vida, mas estimulados a se adaptarem às novas demandas clínicas e terapêuticas. Para uma paciente, apesar de não ter sido necessária a estomização intestinal, a estratégia utilizada por esta foi focalizada na emoção, que se caracterizou por sentimentos de angústia, medo do desconhecido e preocupação em relação ao diagnóstico oncológico, sendo que esta estratégia lhe ajudou a enfrentar o seu adoecimento.

No que se refere ao entendimento do paciente sobre seu quadro clínico, a maioria foi classificada como funcional, tanto no pré como no pós-operatório mediato.

No pós-operatório, já com o resultado da cirurgia exposto em seus corpos, com a presença/ou não da bolsa de colostomia, alguns pacientes continuavam

buscando informações e tentando se interagir com a situação pelo qual estavam vivenciando e isto fazia com eles se sentissem mais seguros e com mais autonomia diante de seu tratamento. Outros "*pediam à Deus*" (DiC) para dar forças ou agradecer pela não estomização, sendo que se pode observar também nos pacientes estomizados, um sentimento de conformismo e perante a este sentimento relatam que deveriam aceitar sua condição e continuar a viver. Já para uma paciente, a qual não foi estomizada, a estratégia focalizada na emoção se caracterizou por sentimentos de angústia, medo do desconhecido e preocupação com o diagnóstico de neoplasia, sendo este um recurso necessário para ajudar o paciente a enfrentar o diagnóstico.

Considerando a demanda psicológica de conhecimento sobre diagnóstico e tratamento, cirurgia e suas consequências e equipamento coletor, além das reações fisiológicas e psicológicas, mediante a utilização de estratégias focalizadas no problema; práticas religiosas/pensamento fantasioso; busca de suporte social e focalizadas na emoção por estes pacientes, é importante que os profissionais devem realizar o atendimento com o uso de uma comunicação eficaz.

Diante destas demandas, o psicólogo tem um desafio de realizar a intermediação do paciente e da equipe interdisciplinar para assegurar o cuidado humanizado, no qual o paciente tem o direito de receber informações sobre diagnóstico e tratamento de maneira singular, isto é, respeitando a individualidade de cada um, com uma linguagem que favoreça o entendimento, de forma empática para amenizar todo sofrimento do adoecimento e do tratamento cirúrgico. Esta conduta dos profissionais possibilitará melhor suporte para estes pacientes e a intervenção do psicólogo favorecerão o enfrentamento, com utilização de estratégias mais eficazes que propiciem a participação proativa destes no seu tratamento.

9.1.3 Intervenções psicológicas desenvolvidas no perioperatório para pacientes com doenças colorretais crônicas

Dentre as intervenções psicológicas utilizadas no âmbito hospitalar, tem-se: o suporte psicológico, a psicoterapia de apoio e a psicoterapia de crise (SIMONETTI, 2011).

Durante o desenvolvimento do protocolo, mediante as demandas apresentadas pelos pacientes, utilizou-se a intervenção suporte psicológico em 15

pacientes.

O suporte psicológico consiste na utilização de recursos como informação, fornecimento de esclarecimentos, desmistificação de estigmas sobre doenças, estabelecimento dos mecanismos de defesa e enfrentamento do paciente para auxiliá-los na utilização das melhores estratégias para lidar com o estresse físico e psicossocial (GASPAR, 2011).

Durante estas intervenções psicológicas, observou-se que as informações sobre o diagnóstico e tratamento auxiliaram os pacientes a desmitificar os medos e angústias do perioperatório e a alcançarem a adaptação possível recorrendo aos seus recursos internos, como as estratégias de enfrentamento identificados nas intervenções.

Em apenas uma paciente utilizou-se a psicoterapia de apoio justificada pelo fato desta paciente apresentar questões emocionais preexistentes à cirurgia, que não haviam sido abordadas anteriormente em sua vida, que se caracterizava como um luto não elaborado e a sobrecarga de cuidados com os pais idosos, por ser a principal cuidadora. Estas situações, acrescidas com o adoecimento, despertaram na paciente sentimentos de angústia, medo, insegurança, prejudicando o seu entendimento e aceitação de seu problema de saúde e do tratamento cirúrgico.

Diante desta demanda, optou-se por utilizar a psicoterapia de apoio, que se trata de uma intervenção para a “reação emocional do paciente e da família desencadeada pelo diagnóstico e tratamento”, cujo tempo de permanência hospitalar é decisivo para o planejamento da intervenção do psicólogo, assim como da definição da necessidade de seguimento ambulatorial (GASPAR, 2011).

Diante destes resultados na implementação do protocolo, verificou-se a importância do atendimento psicológico para as demandas prioritárias destes pacientes, avaliando-se as estratégias de enfrentamento individuais, em busca da superação dos desafios fisiológicos e psicológicos e alcance de adaptação em relação ao diagnóstico e tratamento cirúrgico.

9.1.4 A perspectiva dos pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório sobre o atendimento com o protocolo psicológico

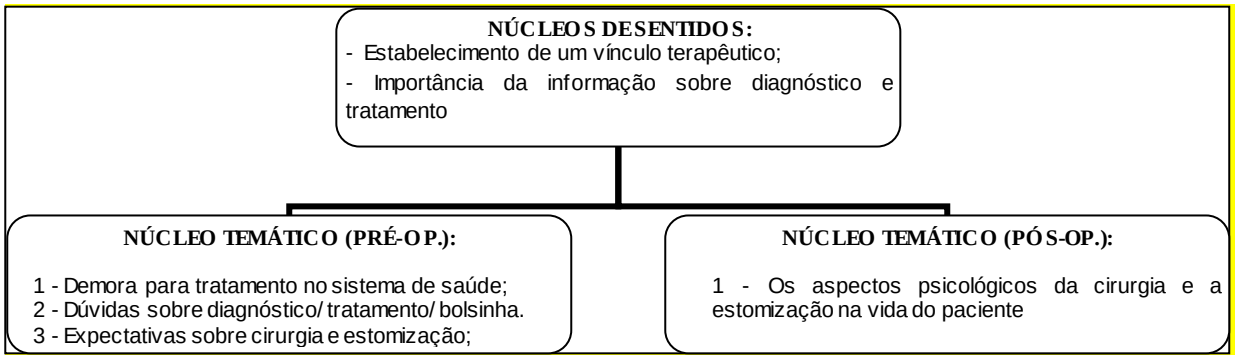


Figura 5: Categorias de análise de dados.

A partir deste momento será apresentada a análise e a interpretação da experiência dos pacientes com doenças colorretais crônicas com o atendimento das demandas psicológicas no perioperatório, mediante a implementação do protocolo proposto neste estudo.

Primeiramente os dados das entrevistas em profundidade foram categorizados em dois núcleos de sentido, que foram denominados de "Estabelecimento de um vínculo terapêutico" e "Importância da orientação/informação sobre diagnóstico e tratamento".

Com a análise destes dois núcleos de sentidos, foram construídos três núcleos temáticos para o período do pré-operatório: **"Demora para tratamento no sistema de saúde"; "Dúvidas sobre diagnóstico/tratamento/bolsinha"; e "Expectativas sobre cirurgia e estomização";** e o núcleo temático **"Os aspectos psicológicos da cirurgia e a estomização na vida do paciente"** para o pós-operatório mediato**.**

9.1.4.1 Núcleos temáticos do Pré-Operatório

9.1.4.1.1 Núcleo temático 1: "Demora para tratamento no sistema de saúde"

O itinerário terapêutico dos participantes com doenças colorretais crônicas ocorreu pela identificação de sinais e sintomas, gastrointestinais, considerados graves por estes, que os levou a decidirem pela busca da assistência à saúde, porém permeada de sofrimento físico e psíquico:

"Começou as cólicas na barriga e foi aumentando e foi até no estômago, a dor vinha[...] eu comia, aí doía mais ainda [...] até vomitava de dor[...] pra eu melhorar tinha que ir pra UPA (Unidade de Pronto Atendimento)[...] eles me passavam um comprimido pra passar a dor e isso era todo dia. O médico da UPA me encaminhou para o hospital e o médico me encaminhou pra outro hospital[...] aí é que outro médico fez o exame colonoscopia, viu um tumor no intestino [...] aí fizeram o encaminhamento pra cá" (P6, masculino, 57 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"[...] eu tinha muita diarreia, sangramento, dores, artralgia [...] comecei a perder muito peso, ficar fraco, não aguentava mais trabalhar[...] procurei um médico na minha cidade[...] Fiz tratamento para tuberculose intestinal por seis meses [...] sem resultado, mas o médico não queria me mandar para cá (DiC: paciente de outro estado)*[...] um amigo conseguiu mexer os pauzinhos e arrumar para mim, aqui* (DiC: hospital público universitário) *[...].apareceu fístula grave* (DiC: fístula entérica ocorre em fase mais avançada da doença), *me mandaram para a UE [...] para fazer uma cirurgia de emergência. Esse foi o começo da descoberta do Crohn"* (P13, masculino, 43 anos, diagnóstico não oncológico, estomizado)

"[...] na hora de evacuar coçava muito[...] me limpava, mas continuava coçando, lavava e aí amenizava[...] expliquei isso pra a médica do postinho, disse que poderia ser verme, me deu um remédio e eu tomei, mas não melhorou [...] fui no banheiro quatro vezes e saiu sangue nas fezes[...] como não tinha proctologista na minha cidade[...] paguei consulta, pediram a colonoscopia e eu paguei para fazer [...] era um pólipo com 4cm e como era grande, tinha que fazer cirurgia[...] eu não tinha condição de pagar cirurgia particular[...] me encaminharam para cá (DiC: hospital público universitário) *para fazer cirurgia[...] Fiz outra colonoscopia, fizeram biópsia [...] tinha uma consulta agendada, ainda não sei o resultado da biópsia. Nesse intervalo, fiz tomografia, exame de sangue[...] me ligaram no sábado para internar, mas eu ainda não sei os resultados dos exames" (*P4, feminino, 39 anos, diagnóstico oncológico, não estomizada)

Observou-se que, além dos primeiros sintomas serem percebidos tardiamente pelos pacientes, houve demora para o estabelecimento do diagnóstico definitivo, o

que perpassou pela limitação de oferecimento pelo SUS para a realização de exames especializados como a colonoscopia. Ainda, estes participantes enfrentaram extensa fila de espera, dificuldade dos profissionais em realizar o diagnóstico e poucos serviços especializados para encaminhamento dos pacientes na rede de saúde pública, com uma demanda de atendimento reprimida. Consequentemente, o acesso ao tratamento ocorreu em fase tardia para os participantes deste estudo, o que diminuiu a possibilidade de indicação de uma proposta curativa/resolutiva:

"*Eu comecei a ter dor, passava mal do intestino, fui no médico, fiz colonoscopia e o médico falou que eu tinha câncer no reto[...] Da minha cidade* (DiC: interior do estado)*, encaminharam para outra cidade [...] lá ia demorar demais e meus parentes não aceitaram, expliquei para o médico que eu não tinha condição de pagar particular e ele me encaminhou pra cá* (DiC: hospital público universitário)*. Se não fosse ele, a gente não tinha entrado aqui!!! [...] Se eu tivesse esperado, eu teria morrido!!! Ficava nervosa, estressada, passando mal!!! Sem vontade comer, vontade só de dormir, vontade de nada... perdi 23 quilos* (DiC: esperou por quatro meses até conseguir o tratamento)" (P1, feminino, 63 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

"*[...] quando eu tive meus filhos, eu já tinha problema no intestino, mas eu mesma não dava importância na época [...]. eles* (DiC: os médicos*) tratavam o problema ginecológico, mas do intestino ninguém tocava no assunto [...] faz 16 anos que tento descobrir o que é que tenho!!!"* (P7, feminino, 67 anos, diagnóstico não oncológico, não estomizada)

"*[...] minha barriga inchou bastante, fui no médico na minha cidade, ele achou que era má digestão, o outro achou que era refluxo e a barriga crescendo!!! Começou a falta de ar, nunca tinha sentido isso, não sou fumante!!![...] meu pulmão direito estava quase todo tomado de água[...] fui internada às pressas e foi retirado o líquido do pulmão[...] fiz um monte de exame[...] eu fiquei internada, eles tiraram água do pulmão duas vezes[...] depois me encaminharam para cá* (DiC: hospital público universitário)*[...] Na ressonância deu tumor de ovário* (DiC: diagnosticada posteriormente com Neoplasia colorretal em estágio IU)*[...] me mandaram para cá, mas demorou muito para me chamar para fazer cirurgia [...] fiquei muito mal [...] Eu*

sei que tem muita gente, mas é complicado!!!" (P15, feminino, 49 anos, diagnóstico oncológico, estomizada).

Muitas vezes, para a população, a solução para o diagnóstico de CCR é vinculada diretamente ao oferecimento do exame de colonoscopia na Atenção Primária:

"[...] deveria colocar colonoscopia nos postinhos porque tem muita gente que chega aqui (DiC: hospital público universitário)*, mas aí já está com câncer avançado. A sorte que eu descobri no início. [...]é importante ter um plano de saúde!!!"* (P3, masculino, 63 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado).

Na visão deste participante, verificou-se que este não considerou os outros aspectos preventivos, quer sejam individuais, coletivos ou institucionais, que requer a conjunção dos esforços públicos e privados, fundamentais na assistência às pessoas com neoplasias colorretais.

Durante este processo de investigação dos sintomas para a obtenção do diagnóstico definitivo e do tratamento, surgiram emoções e sentimentos, que oscilaram entre o enfrentamento e fuga/negação. Mesmo com a sensação de que algo estava errado, alguns pacientes acreditaram que o sangue nas fezes pudesse ser em decorrência da hemorroida e não de CCR. Isto levou os pacientes a manterem-se esperançosos de que não fosse algo mais grave, enquanto buscavam o diagnóstico e o tratamento.

O medo e a angústia permearam este itinerário, em cada consulta, no resultado de cada exame realizado e, principalmente, no momento de enfrentar a realidade do diagnóstico oncológico, vista por estas pessoas como a mais grave das doenças, na luta pela sua vida. Nas experiências dos pacientes, cada qual utilizou recursos internos como a fé, o vínculo de confiança com os profissionais e o apoio da família e amigos:

"*[...] fui me acabando... me acabando... ia para um médico, ia para outro, passavam remédio, exame e não descobria!!![...] cheguei a perguntar: "Que dia eu vou terminar de fazer esses exames, o médico disse que era urgente?" [..] liguei para minha sobrinha, se eu fizesse os exames pelo SUS, ia demorar... fiz tudo no particular. Fui*

marcar a cirurgia, mas disseram que estava faltando material!!![..] Preocupada, pedia para Deus me ajudar, pra não vir outra coisa pior!!![...] pedi para minha sobrinha conversar com o médico [...] porque não podia gastar pra ir até ele (DiC: o médico iria cobrar R$15.000,00 para fazer a cirurgia*) [...] médico de lá entrou em contato com o médico daqui* (CiD: a paciente tem parentes, que moram na cidade do hospital universitário público)*[...] só que os meus exames não serviram, fiz outros aqui. Faz dois meses, graças à Deus, já deu tudo certo, entreguei nas Mãos do Senhor!!! Vou operar amanhã!"* (P9, feminino, 49 anos, diagnóstico oncológico e não oncológico, não estomizada)

O estabelecimento do diagnóstico e a oportunidade de realizar um tratamento foi visto pelos pacientes como uma esperança na luta pela sua vida, uma possibilidade de vencer a doença ou, para outros, de melhorar sua condição de saúde, diminuindo o seu sofrimento físico e psíquico:

"[...] eu já estava sentindo o problema, tinha a colonoscopia para fazer, só que demorei para conseguir fazer [...] fui em janeiro, mas só tinha vaga para o dia 24 fevereiro, o médico mandou fazer os exames, voltei nele e ele deu entrada pelo postinho, pedindo urgência [...] fiquei preocupado porque tinha feito todos exames e a tomografia estava programada só para agosto, era mais de quatro meses... então fiquei muito preocupado[...] no dia que vim fazer a avaliação com o anestesista, quando cheguei à tarde em casa, o médico me ligou para eu fazer a tomografia na quinta, fiz, marcaram a cirurgia e já me chamaram [...] no dia que eu fiquei sabendo do diagnóstico... (DiC: ficou angustiado), *só na hora... porque a turma* (DiC: equipe de saúde) *fala muito da doença[...] pensei, vou correr atrás do prejuízo, vou fazer o tratamento e pronto[...]"* (P8, masculino, 74 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado).

Neste núcleo temático, os participantes enfatizaram situações, durante a busca por assistência à saúde, nas quais ocorreram sofrimento físico e psíquico, suscitando sentimentos de angústia e medo, vinculados às dificuldades de acesso ao atendimento e aos exames especializados, à confirmação de um diagnóstico grave e à realização do tratamento cirúrgico, no sistema público de saúde.

9.1.4.1.2 Núcleo temático 2: "Dúvidas sobre diagnóstico/tratamento/ bolsinha"

A demanda de necessidades por informações sobre o diagnóstico, o tratamento cirúrgico e a estomização surgiram durante a implementação do protocolo psicológico. A confirmação do diagnóstico de câncer por constituir um estigma social, causou sofrimento psíquico imensurável, gerando sentimento de impotência e preocupação com a finitude:

"Ixii... Deus me livre!!! (DiC: referindo-se à Neoplasia colorretal*). Só vem coisa ruim, o pai dela (DiC: referindo-se ao pai da esposa) teve câncer no intestino e não teve nem o que fazer!!! Tem gente que chama de doença ruim ou aquela doença, né? A cabeça é o mais complicado, manda em tudo!!! A gente fica vendo sempre, o lado negativo!!! Como te falei, é uma doença assustadora!!! Saí perguntando, mas aí não sabia mais o que era verdade, no que eu podia acreditar!!!"* (P3, masculino, 63 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

Um participante revelou que seu enfrentamento em relação ao câncer, ocorreu por ter conseguido se manter firme e confiante em relação ao seu tratamento, como se buscasse se fortalecer na luta contra a doença e na realização do tratamento:

"Para falar verdade, na hora que soube, fiquei meio assim (DiC: não conseguiu definir seus sentimentos), *sabe? Mas não me abati, eu estou aqui, faz um mês, faz dois meses que eu sei o que eu tenho, mas não estou preocupado, confio que vai dar tudo certo, entendeu!* (DiC: buscando aprovação de sua reação) *[...]não me abalei, a minha mulher que chorou".* (P8, masculino, 74 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

Esta visão de que conseguia se manter firme e confiante pode ser uma estratégia importante para os pacientes realizarem o gerenciamento do seu tempo interno para lidar com a situação do seu adoecimento e do seu sofrimento.

Outro ponto importante, observado durante as intervenções, foi que o estigma e o medo do diagnóstico não se restringiram apenas ao diagnóstico oncológico, mas foram extensivos ao diagnóstico de DII. Isto pode ser compreendido, considerando-

se que as DIIs são doenças predisponentes ao CCR, evoluem com gravidade, gerando mudanças bruscas, com repercussões em todas as dimensões da vida destas pessoas, sendo altamente incapacitante para as atividades de sua vida diária. O tratamento cirúrgico para a DII é indicado quando não há mais resposta ao tratamento clínico, surgem as complicações da doença ou quando o diagnóstico se estabelece tardiamente (GOMOLLÓN et al., 2017).

Para o paciente, o tratamento cirúrgico dá a concretude da gravidade do seu problema de saúde e do seu sofrimento incapacitante. Desta forma, as incertezas e medos em relação ao seu futuro, em decorrência da gravidade deste diagnóstico foi verbalizado em:

"Foi um baque!!! A primeira vez foi bem difícil, bastante restrição alimentar, foi complicado!!! Depois fui acostumando [...] Estava ficando mais triste, porque a maioria dos casos (DiC: a Doença de Crohn) *que eu vi [...] estava pior que o meu... aí a gente fica pensando que pode ficar daquele jeito... então eu parei* (DiC: passou a não pensar no seu caso)*!!! [...]. Estava fazendo mal para minha cabeça!!! Você não consegue mais pensar ou focar no trabalho [...] passei a viver um dia de cada vez, porque se eu ficar pensando no futuro[...]"* (P11, masculino, 27 anos, diagnóstico não oncológico, estomizado).

"Não conhecia (DiC: a Doença de Crohn)*... não fiquei tão assustado[...] pesquisei sobre a doença, tem mais gente com a doença, até pessoas próximas da gente, né? É ruim [...] porque até então, eu não tinha nada!!! Estava bom, tinha uma vida super ativa e mudou muito depois dessa doença !!!"* (P12, masculino, 27 anos, diagnóstico não oncológico, não estomizado)

O tratamento cirúrgico para estes pacientes foi motivo de muitas preocupações, inquietações e dúvidas, que geravam incertezas, angústias, medos e muitas fantasias sobre o diagnóstico e a cirurgia. A gravidade das complicações da Doença de Crohn, a necessidade da cirurgia levou o paciente a requerer informações, principalmente como uma forma de lidar com algo que lhe é assustador. Ou seja, os participantes utilizaram a estratégia de enfrentamento focada no problema (SORATO; OSÓRIO, 2015).

A equipe interdisciplinar necessita utilizar estratégias de comunicação mais eficientes para a abordagem do diagnóstico, da indicação terapêuticas e esclarecimento de dúvidas (GORAYEB, 2001). Para tanto, torna-se fundamental compreender que, para muitos pacientes, a cirurgia está vinculada às crenças culturais sobre a anestesia e seus efeitos, às necessidades de informações sobre técnicas cirúrgicas, tratamentos adjuvantes, estomização, além das rotinas de assistência no perioperatório:

"A minha reação na hora da cirurgia, acho que não vai ter problema se eu me sentir mal, né? (DiC: preocupação com os riscos da cirurgia)*"* (P6, masculino, 57 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado).
DiC: A esposa do P6, também apresentou dúvidas sobre a cirurgia, anestesia e quimioterapia, mostrando-se extremamente angustiada.

"[...] a dúvida tenho sobre a cirurgia, eu sei que vai fazer por video (DiC: cirurgia videolaparoscopia) *e só vai colocar isso daqui!!!(DiC: referindo às marcas da demarcação, caso haja necessidade de confecção de estomia intestinal), só se precisar[...] a doutora falou, que isso aqui* (DiC: enfatizando, mostrando o abdômen demarcado)*, é só se der alguma coisa errada na cirurgia... se não der certo, aí tem que pôr a bolsinha. [...] quanto à cirurgia eu estou tranquilo, por enquanto[...] amanhã, não sei o que vai acontecer[...]".* (P8, masculino, 74 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"Posso comer qualquer coisa ou não?[...] E se colocar essa bolsinha, vou ter que fazer quimioterapia ou não necessariamente?" (P15, feminino, 49 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

"Para tirar a bolsinha, é outra cirurgia?" (P3, masculino, 63 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"E depois da cirurgia, vou para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI)? E essa sala de recuperação, como que é?" (P1, feminino, 63 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

Para os participantes, a estomização surgiu como uma possibilidade no pré-operatório, causando sofrimento. Assim, o equipamento coletor, que é denominado de “bolsinha ou bolsa”, tanto pelos pacientes como profissionais da saúde, passou a sintetizar e dar concretude à cirurgia e ao processo de estomização. A estomia intestinal passou a ter uma centralidade no discurso e na vida destas pessoas:

“[...] Não sei (DiC: expressando a incerteza) [...] *se a de video* (DiC: cirurgia videolaparoscópica) *não der certo, aí parece que vai ter que cortar mais e aí vou precisar usar a bolsinha, para quantos dias será?* (DiC: perguntei se sabia o que era essa bolsinha e este me respondeu que tinha uma vaga ideia e que se relacionava com as fezes)*”.* (P14, masculino, 34 anos, diagnóstico não oncológico, estomizado)

“A médica me disse que não vai ter como fazer por vídeo (DiC: cirurgia videolaparoscópica)*, que vai ter que fazer um corte* (DiC: laparotomia exploradora) *e que vai precisar colocar uma bolsa* (DiC: estomia intestinal)*. Eu não perguntei se essa bolsa vai tirar com tempo ou vai ficar* (DiC: permanente)*”.* (P4, feminino, 39 anos, diagnóstico oncológico, não estomizada)

“Minha dúvida é... será que vai demorar muito para tirar a bolsinha? (DiC: reconstrução de trânsito intestinal) *Se precisar, vou ter que usar a bolsinha, aí... não vai ter jeito, né?”.* (P12, masculino, 27 anos, diagnóstico não oncológico, não estomizado)

O fornecimento de informações gerou outros questionamentos e, consequentemente, a necessidade de mais conhecimentos específicos, o que levou alguns participantes a fantasiar sobre a cirurgia e os equipamentos coletores:

“E aqui, vai ficar aberto? (DC: referindo o local da demarcação para colocar o equipamento coletor (EC)*”* (P15, feminino, 49 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

“Achava que era de plástico, igual das pessoas usam para a urina, de ficar segurando (DiC: bolsa coletora de urina, que precisa ficar em posição abaixo da bexiga para favorecer a drenagem)*. Então eu estava preocupada com a limpeza. E*

para lavar e colocar? (DC: referindo-se à higienização do EC)*"* (P16, feminino, 60 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

"Tem alguma diferença... da bolsa de colostomia para a bolsa de ileostomia?" (P13, masculino, 43 anos, diagnóstico não oncológico, estomizado)

Os pacientes, mediante a intervenção suporte psicológico, recorreram aos seus recursos internos, representadas pelas estratégias de enfrentamento, para conseguirem elaborar a sua experiência de adoecimento e de tratamento cirúrgico. As estratégias, constituíram um mecanismo de proteção e de defesa, que os ajudaram a lidar com o adoecimento colorretal crônico e o tratamento cirúrgico, de forma menos dolorosa possível. Dentre as estratégias de enfrentamento, utilizadas pelos pacientes, destacaram-se a rede de apoio, representada pela família, amigos e profissionais, além da fé.

Para alguns pacientes, a negação/fuga foi um recurso importante para lidar com esta situação pois é muito difícil, e penoso passar por todo esse processo, que gerou grande sofrimento físico e psíquico, então os pacientes utilizaram essa estratégia de enfrentamento até que pudesse elaborar e enfrentar adoecimento:

"[...] na minha cabeça, o problema não é no intestino, tomara que não!!![...] Mas a gente tem que estar preparado para tudo!!! Estou preparada, você entendeu? Mas não tem sangramento, então... pode ser muitas coisas... pode não ser (DiC: como se a paciente buscasse se convencer que o seu diagnóstico oncológico não fosse se confirmar)*"* (P15, feminino, 49 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

Com as intervenções psicológicas foi possível auxiliar os pacientes na superação desta fase, pois o paciente passou a identificar e explorar os seus recursos internos de enfrentamento do adoecimento e do tratamento cirúrgico, de maneira menos dolorosa, mesmo para aqueles que apresentaram um entendimento limitado sobre a condição clínica.

Outros participantes aliaram a fé e a rede de apoio como a família e os profissionais, vinculando a obtenção de informações:

"[...] eles falaram pra mim (DiC: a equipe de saúde forneceu as informações sobre a cirurgia)*[...] não eu não tenho nenhuma dúvida. Eu confio, primeiramente em Deus, segundo os médicos, porque estudaram, sabem o problema e sabem que pode ser feito. Eu tenho confiança, eu tenho fé que vai dar tudo certo!"* (P6, masculino, 57 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)
DiC: A esposa do paciente reafirmou a importância do vínculo de confiança, fazendo conjunção dos recursos fé e rede profissional: *"Porque Deus é o médico dos médicos".*

"[...] o médico disse que não estava afirmando que eu iria precisar da bolsinha (DiC: confecção da estomia intestinal)*, mas estava me prevenindo, caso desse uma complicação[...] mesmo porque eu não tinha câncer, eu tinha Chagas e isso não é câncer. Se corresse tudo bem e a minha saúde colaborasse, tudo daria certo e não eu não precisaria colocar a bolsa"* (P7, feminino, 67 anos, diagnóstico não oncológico, não estomizada)

"Ah é difícil!!![...] mas coloquei nas Mãos de Deus! Primeiro lugar, que seja feita a vontade Dele, porque eu não posso fazer nada, se Ele quiser que eu passe por isso, eu tenho que passar[..,] eu não posso ficar desesperada porque não vai adiantar nada!!! Está nas Mãos Dele!!! (P16, feminino, 60 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

"[...] o médico professor me falou e eu vi também o depoimento de outras pessoas, a família também ajuda e a fé em Deus!" (P3, masculino, 63 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

Além disso, os profissionais da equipe interdisciplinar podem utilizar a o acolhimento e a intervenção de ensino para o fornecimento de informações adequadas, de forma objetiva e clara aos pacientes. Enfatiza-se que cada paciente é único e a linguagem deverá ser acessível, respeitando as questões culturais e capacidade de entendimento. O conhecimento desmistificou crenças culturais e diminuiu o sentimento de incerteza, auxiliando no enfrentamento do adoecimento e do tratamento cirúrgico:

"O chão se abriu (DiC: com o diagnóstico oncológico)*. A família ficou abalada, todo mundo. Foi terrível!!! Minha sorte foi que o professor me acalmou!!!! Ele falou que esse que o tumor está numa posição boa* (DiC: que facilita a cirurgia)*, é um câncer, mas não é do tipo agressivo e que é uma cirurgia curativa!!!* (DiC: como se buscasse informações para fortalecer a sua esperança). *A que sorte é que descobri no início!!!".* (P3, masculino, 63 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"[...] desde o momento que o médico explicou para mim, fiquei mais tranquila. Consegui alguém para cuidar de mim, descobri o que tenho e vou fazer o tratamento. É como ela disse (DiC: médica)*[...] a minha sorte foi que sangrou, se não tivesse sangrado!!! Não perdi peso, o intestino funcionava normal!!!"* (P16, feminino, 60 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

"[...] você sabe... a gente fica meio sem graça... lá onde eu moro, os profissionais... a maioria não gosta que a gente faça perguntas... lá (DiC: os profissionais) *não gosta de responder sobre o comprimido, medicação que vão aplicar na gente.... falam que sabem o que estão fazendo e pronto... por isso, eu fico sem graça de sair perguntando... não gosto de levar uma má resposta..."* (P6, masculino, 57 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"Quando tem mais médicos (DiC: equipe especializada), *a gente se sente mais seguro porque várias cabeças funcionando, pensam melhor!"* (P6, masculino, 57 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"A enfermeira falou que não é certeza, que está fazendo a marcação (DiC: demarcação de estomia)*, é uma possibilidade... falei que não tinha problema, se tiver que colocar a bolsinha, para mim, não tem problema!!!"* (P5, masculino, 52 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"Estou satisfeito por você (DiC: psicóloga) *ter vindo me explicar e orientar... porque eu não sabia de nada até agora!!!"* (P6, masculino, 57 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

Estes relatos trouxeram as diferentes demandas de necessidades de conhecimento destes participantes, o que requer intervenções de todos os profissionais da equipe interdisciplinar, quer sejam os coloproctologistas, enfermeiros, nutricionistas, assistente social, além do psicólogo.

Os participantes valorizaram as informações sobre cirurgia e suas consequências, fornecidas pelos profissionais de saúde, que minimizaram o seu sofrimento psíquico:

"A informação é importante, ficar esclarecido da situação, porque se eu não tivesse sido informado, eu estaria mais preocupado e pensando no problema" (P3, masculino, 63 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"A falta de conhecimento é difícil... porque se tiver o conhecimento que a gente está tendo aqui (DiC: no hospital universitário público), *a pessoa não vai pensar que estar com câncer, é estar morto!!! Tive que trabalhar muito com a minha cabeça!!!"* (P3, masculino, 63 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"O doutor X, eu gostei muito dele, ele explicou e depois explicou de novo!!!". (P15, feminino, 49 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

"Eu nem tenho nada para perguntar, porque o que eu queria saber, você (DiC: psicóloga) *já me falou... sobre o tratamento, acompanhamento médico... como vou sair da sala de cirurgia e pra onde vou depois* (DiC: sobre a sala de recuperação pós-anestésica)*"* (P6, masculino, 57 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

Por outro lado, segundo os pacientes, quando o vínculo e a comunicação dos profissionais não foram eficazes, isso não favoreceu a utilização de estratégias de enfrentamento, causando sofrimento psíquico:

"[...] pode ser que eu fique com a bolsinha por uns três meses... fiquei meio assustada... foi no dia que fiz o exame de intestino!!! A médica, ficou meio sem jeito para falar comigo[...] disse que iam abrir a minha barriga, fiquei meio assustada!!! Ela (DiC: a médica) *lida com isso toda hora, mas a gente[...] Ela falou meio rápido demais, eu não estava preparada!!! Mas, depois, eu entendi que para vocês* (DiC:

profissionais da saúde) *é normal. Eu fiquei assim[...] fiquei assustada!!! Lá na minha cidade, não tinham me falado nada sobre o intestino"* (P15, feminino, 49 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

"[...] Nossa!!! Só eu sei o que passei... tem muita gente que está até pior que eu, mas é complicado... Quinta-feira, saí daqui, chorando!!! É duro!!! Fiquei muito abalada, hoje eu estou melhorzinha.... A gente chega aqui, ninguém sabe nada do seu caso, a pessoa que te atende não sabe nada do seu caso... Contei minha história um monte de vezes, exames de toque, pelo amor de Deus!!! [...] não aguentava mais... isso abala muito a cabeça, a gente fica muito exposta!!! Quinta-feira eu cheguei, o médico me atendeu bem, mas não sabia de nada. Eu achei que pelo menos eu ia ser o mesmo médico da consulta anterior por que aí, ele saberia de alguma coisa[...]. Isso assusta a gente!!! A gente entende (DiC: sobre a organização do trabalho da equipe de saúde)*, mas é ruim...* (DiC: expressando a sua preocupação e insegurança)*"* (P15, feminino, 49 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

Neste núcleo temático, as informações sobre diagnóstico, cirurgia e suas consequências e a estomização fornecidas pelos profissionais da equipe interdisciplinar aos pacientes e retomadas na intervenção psicológica, foram importantes para que estes conseguissem enfrentar melhor o adoecimento e o tratamento cirúrgico, mesmo para aqueles que possuíam um conhecimento limitado sobre a sua condição de saúde. Para tanto, a conjunção de esforços de profissionais de diferentes formações desta equipe, potencializou a intervenção psicológica para com estes pacientes, na minimização do seu sofrimento físico e psíquico.

9.1.4.1.3 Núcleo temático 3: "Expectativa da cirurgia e estomização"

O tratamento cirúrgico foi considerado pelos pacientes como a melhor possibilidade de resolução dos seus problemas de saúde. Para estes pacientes, no pré-operatório houve a renovação da esperança de cura, que foi depositada na representação do ato cirúrgico do médico cirurgião, descrito como "tirar com a mão", referindo à doença. Isto os encorajou a realizar a cirurgia de forma mais confiantes, com expectativa de ficarem livre da doença, após o procedimento cirúrgico:

"Eu quero operar, para ficar boa!!! Do jeito que está, não tem jeito de continuar!!! O importante é melhorar!!! Vou tirar esse tumor!!!" (P1, feminino, 63 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

"Tirar essas dores que eu estou sentindo, para tirar o tumor (DiC: revelando a sua esperança no tratamento cirúrgico para a resolução do seu problema de saúde*".* (P6, masculino, 57 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"Eu não tenho vida, saio para rua e evacuo na calça, mesmo com fralda e tudo, é muito desconfortante, não tenho vida!!!" (P13, masculino, 43 anos, diagnóstico não oncológico, estomizado)*".*

Os participantes enfatizaram a importância da manutenção da tranquilidade, como se fosse a sua obrigação para a realização da cirurgia e assim assegurar o sucesso do procedimento:

"Estou tranquilo, eu quero tirar esse tumor daqui!!! Eu tenho que ficar tranquila, para correr tudo bem!!!" (P2, feminino, 54 anos, diagnóstico oncológico, não estomizada)

"[...] pra mim está normal, estou tranquilo... eu ficaria mais ansioso se eles me falassem que não iriam fazer nada, que não tinha o que fazer!!! Enquanto eles estiverem falando que dá pra operar... que dá pra fazer isso, eu fico contente!!! Estou tranquilo, a medicina está muito avançada. (DiC: buscando vincular a sua esperança ao fato de a equipe ter decidido realizar a cirurgia). *Porque o dia que eles falarem que não tem jeito de operar mais, aí sim...* (DiC: manifestando a sua preocupação em relação à gravidade de sua doença)". (P5, masculino, 52 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

A esperança foi decorrente da fé, na qual foi depositada plena confiança por um "milagre de cura" ou por melhores resultados cirúrgicos:

"Eu tenho fé em Deus que eu vou sarar!" (P1, feminino, 63 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

"Mas mesmo sabendo que pode não precisar, a gente fica que com essas coisas na cabeça de colocar a bolsinha". (P3, masculino, 63 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

Ressalta-se que a maior expectativa foi relacionada à esperança de que não houvesse a necessidade da estomização intestinal, até para aqueles com indicação temporária:

"Melhor esperar... tenho muita fé que não vou precisar da bolsinha!" (P9, feminino, 49 anos, diagnóstico oncológico e não oncológico, não estomizada)

"[...] a bolsinha é o mais complicado de pôr na cabeça, né? [...] Eu já sei que, se eu colocar, a chance não é ser permanente, que vou ter que voltar para reverter o processo (DiC: realizar reconstrução de trânsito) *!!!"* (P12, masculino, 27 anos, diagnóstico não oncológico, não estomizado)

Outro fator importante para a manutenção da esperança foi a resiliência, que os capacitaram a superar situações desfavoráveis e geradoras de estresse, fortalecendo-os frente aos novos desafios do adoecimento e de tratamento cirúrgico:

"Não esquento a minha cabeça, porque eu já fiz duas cirurgias do fígado e duas do intestino!!! A minha sogra e as outras pessoas admiram por eu conseguir ficar tranquilo!!! Eu penso... o que é meu, é meu, ninguém vai passar por mim... Se for para eu passar, melhor enfrentar!!!". (P5, masculino, 52 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"Eu estou aqui todos estes dias, não tem importância ficar mais uns dias, o importante é ir embora recuperado!!! Às vezes, a pessoa vai pra casa, aí piora e volta pra cá (DiC: hospital)!!! *Aí, o problema começa tudo de novo, pode complicar a situação, né? "Não tem como, tem hora que a gente tem que tomar um remédio amargo, ruim, para acabar com a dor que estou sentindo, que o problema é a saúde!!! Eu quero a saúde de volta!!!"* (P6, masculino, 57 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado).

“Tem que aceitar, não tem outro jeito!!! É o tratamento e essa é a forma, tem que se cuidar!!!” (P16, feminino, 60 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

Outros pacientes manifestaram o desejo de retomar o controle de suas vidas, de voltar a realizar as suas atividades cotidianas, deixando de ser refém do seu adoecimento. Para tanto, consideraram a cirurgia como a solução para a sua vida ou para a continuidade do seu tratamento:

“Quero fazer a cirurgia para poder voltar para minha casa (DiC: risos)*”.* (P2, feminino, 54 anos, diagnóstico oncológico, não estomizada)

“Eu estou na expectativa de que eu vou resolver o meu problema, eu falei pros médicos que eu não estou pedindo demais, eu só queria ser normal, igual a todo mundo, poder ir no vaso (DiC: apresenta quadro de constipação intestinal)*, só isso!!! Eu não consigo ir vou no banheiro, de jeito nenhum, ultimamente só com a mangueira* (DiC: lavagem intestinal). *Ninguém acredita, mas meu intestino está para fora do reto... aí vai acumulando e não sai nem ar”* (P7, feminino, 67 anos, diagnóstico não oncológico, não estomizada)

“Os médicos me perguntaram se estou disposta a fazer a cirurgia, pois já tinha tentado de tudo e só cirurgia poderia resolver!!! Eu tenho vontade de ser normal”. (P7, feminino, 67 anos, diagnóstico não oncológico, não estomizada)

Neste momento, houve relato de que a estomização passaria a ser um aspecto secundário, se comparada com a prioridade de sucesso terapêutico para a manutenção de sua vida:

“Ah! eu não estou ligando para essa bolsinha... para mim acabando com essa febre[...] vou voltar a fazer a quimioterapia, dar uma melhorada nessa falta de apetite!!! Essa bolsinha, eu acho que a gente vai se adaptando!!! A gente vai se adaptando, espero que tudo corra bem!” (P5, masculino, 52 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"Não tem como, tem hora que a gente tem que tomar um remédio amargo, ruim, para acabar com a dor que estou sentindo, que o problema é a saúde!!! Eu quero a saúde de volta!!!" (P6, masculino, 57 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

Para muitos pacientes, a estratégia focada no problema foi a maneira como conseguiram enfrentar este momento:

"Eu estou tranquila, o que tiver de ser... será!!! De toda forma, vou ter que fazer a cirurgia... Quando eu conversei com a médica, ela falou que o melhor é tirar, mesmo que não seja... se não tirar pode virar um câncer. Mas estou tranquila!!!" (P4, feminino, 39 anos, diagnóstico oncológico, não estomizada)

"A gente se preocupa, mas vai fazer o quê? A gente tem que ter paciência e se cuidar, né?" (P10, feminino, 72 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

Diante da possibilidade da estomização, houve um entendimento por alguns pacientes que a estomização seria a pior coisa para a sua vida, suscitando várias preocupações:

"Minha preocupação é ficar dependendo de alguém!!!" (P2, feminino, 54 anos, diagnóstico oncológico, não estomizada)

"Eu gostaria que não fosse necessário a bolsinha! Antes de fazer a cirurgia, a minha preocupação é essa[...]" (P8, masculino, 74 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"Se precisar ficar com a bolsinha, eu vi que é tranquilo, não sai cheiro, a questão de ficar com ela não é o pior... É ter que se submeter a outro procedimento para poder voltar ao normal [...] É passar por isso de novo!!! Interromper, para mim foi difícil deixar o trabalho. Eu sou bem ativo, gosto de ser produtivo!!!" (P12, masculino, 27 anos, diagnóstico não oncológico, não estomizado)

"Não vai precisar disso (DiC: bolsinha)*!!![...] Para mim está sendo ruim, eu estou perdendo dia de serviço!!![...] Isso é péssimo, mas fazer o quê?* (P14, masculino, 34 anos, diagnóstico não oncológico, estomizado)

O estigma da "bolsinha", pode ocorrer pela falta de informação sobre o EC, que assusta e causa medo. Para atenuar estes sentimentos negativos dos pacientes, o esclarecimento de dúvidas foi fundamental, por meio de uma comunicação eficaz e empática:

"[...] eu não sabia como era (DiC: bolsinha)*, achava que era para de ficar carregando, tenho dúvidas... sobre roupas, para fazer as coisas"* (P16, feminino, 60 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

"Estou encarando numa boa, graças à Deus! Estou tranquila!!! [...] Eu tenho curiosidade de ver uma bolsinha, nunca vi, você tem uma bolsinha, para eu ver?" (P3, masculino, 63 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

Com a realização do procedimento cirúrgico surgiram sentimentos de medo nestes pacientes sobre a sua possibilidade de finitude:

[...] Eu estou aqui, eu não ligo, os que estão aqui estão todos vivos, será eu que vou morrer?" (P6, masculino, 57 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"Eu queria pedir pra eles (DiC: equipe médica)*, para fazer o máximo* (DiC: para os médicos não desistirem de salvar a sua vida)*, porque eu não estou preparada para morrer!!! Eu tenho um neto, minha filha faleceu no parto e eu sou responsável por ele!!!"* (P7, feminino, 67 anos, diagnóstico não oncológico, não estomizada)

Observou-se neste núcleo temático, que para estes pacientes, a cirurgia gerou sentimentos ambíguos, sendo que os sentimentos positivos foram relacionados à esperança e expectativa de sucesso cirúrgico sem estomização e a melhora da condição de saúde; e os sentimentos negativos ocorreram pelo receio e medo da concretização da estomização e da finitude. As informações fornecidas pelos profissionais da saúde aos pacientes minimizaram as preocupações e os

sentimentos negativos, aliadas à capacidade individual de utilizar estratégias, que os auxiliassem na superação do sofrimento físico e psíquico.

9.1.4.2 Núcleo temático do Pós-Operatório

9.1.4.2.1 Núcleo temático 1: "Os aspectos psicológicos da cirurgia e da estomização na vida do paciente"

Após a cirurgia, a angústia, o medo e as incertezas dos pacientes com doenças colorretais crônicas foram relacionadas à constatação da necessidade da "bolsinha".

Isto foi enfatizado pelos pacientes que relataram que ao recobrarem a consciência plena na sala de recuperação, a primeira ação foi colocar a mão no abdômen para certificar-se da presença ou não da "bolsinha", o que despertou vários sentimentos e emoções ambíguas e discrepantes:

"Ah!!! (DiC: colocando a mão no abdômen após a cirurgia)*. A médica tinha dito que ia colocar a bolsa, fizeram as marcas e tudo... aí na hora que acordei, a primeira coisa que eu fiz... não tinha nada na minha barriga... mesmo assim, fiquei com dúvida... e se tivessem colocado a bolsinha no meio? Olha a cabeça!!! A hora que vi que não tinham feito, achei melhor por causa do meu trabalho!!!"* (P4, feminino, 39 anos, diagnóstico oncológico, não estomizada)

"[...] acordei e coloquei a mão na minha barriga, foi um pouco ruim (DiC: constatou a presença da bolsinha)[...] *Ah!!! Foi uma coisa ruim... mas fazer o quê? !!!"* (P14, masculino, 34 anos, diagnóstico não oncológico, estomizado)

O sentimento de alívio e felicidade foi unânime entre os pacientes que não tiveram a necessidade da estomia intestinal, os quais manifestaram gratidão à Deus, visto que a fé constituiu um recurso essencial para o enfrentamento do temor da cirurgia e da possível estomização:

“Senti um alívio!!! Foi um alívio porque a gente não queria[...] mas, se precisasse, teria que aceitar!!!” (P3, masculino, 63 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

“Tumor... o médico disse que iria tirar tudo!!! O médico lá da minha cidade tinha dito que teria que tirar todo o intestino!!! Aqui, o médico falou que ia tirar a parte atingida e juntar no outro... é o que fez... porque se tivesse que tirar todo o intestino... teria que ter colocado a bolsinha!!! Orei tanto, que não precisou!!!” (P9, feminino, 49 anos, diagnóstico oncológico e não oncológico, não estomizada)

“Senti a presença de Deus, que Deus estava comigo!!!” (P7, feminino, 67 anos, diagnóstico não oncológico, não estomizada)

Para os pacientes, a presença do equipamento coletor remeteu ao pensamento sobre perda de sua identidade, o medo de não voltar a ser a mesma pessoa de antes, as mudanças em suas vidas. Ainda, a concretização ou não da mudança do seu corpo requereu a reelaboração sobre a incerteza da estomização:

“Ah... dá uma sensação... pensar eu que vou ficar com isso (DiC: estomia intestinal) *pra sempre... é uma sensação muito ruim!!!”* (P14, masculino, 34 anos, diagnóstico não oncológico, estomizado)

“Ah, sei lá!!! Acho que por uns tempos vai ter uma mudança, uma adaptação. Vou ter que seguir o tratamento, aí não é mais a mesma vida!!! A mesma muda, mas não tem problema!!! O importante é que Deus me dê saúde até onde eu posso ir! (DC: a paciente fica com os olhos emaranhados de lágrima). (P16, feminino, 60 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

“[...] Alívio!!! Minha maior preocupação era sair daqui de bolsa (CiD: estomia intestinal). *Eu sou jovem!!! Eu tenho que agradecer à Deus porque Ele me ajudou!!! Que bom chegar ir para casa, mais despreocupada!!!”* (P9, feminino, 49 anos, diagnóstico oncológico e não oncológico, não estomizada)

Alguns pacientes atribuíram ao equipamento coletor um sentido de sentença de morte, pois para estes, a “bolsinha” indicava maior gravidade do quadro clínico, como se não tivesse mais possibilidade terapêutica. Isto pode ser decorrente do estigma social, que foi reforçado pela utilização do equipamento coletor:

“Na cabeça passa tudo de ruim. Só penso em coisa ruim!! Você acha que não vai recuperar mais, que você vai morrer, a família vai sofrer[...]”! (P3, masculino, 63 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

“Eu não precisar usar a bolsinha é um passo a mais, com certeza era uma coisa mais simples, porque quando o tipo é mais grave, tem que usar a bolsinha!!! Eu senti muita emoção, eu fiquei feliz da vida!!!” (P6, masculino, 57 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

Outra questão destacada pelos participantes deste estudo foi o medo da perda de sua autonomia, de não conseguir retomar suas atividades de vida diária e de trabalho, vinculado à estomização:

“Eu vejo essa paciente sofrendo (DiC: olhando para a paciente estomizada, no leito ao lado, que dependia dos profissionais para os cuidados básicos de higiene corporal e alimentação)*[...] foi a primeira coisa que eu fiz (DiC: colocar a mão no abdômen) [...] agradeci à Deus!!! [...] Aconteceram tantas coisas boas!!! Fui sortuda, não precisei da bolsinha!!!”* (P9, feminino, 49 anos, diagnóstico oncológico e não oncológico, não estomizada)

“E se no serviço sair alguma coisa... vai sair fezes enquanto estiver no serviço?” (P14, masculino, 34 anos, diagnóstico não oncológico, estomizado)

“Se eu ficar lá na balança!!!! (DiC: o paciente era caminhoneiro e mostrou preocupação com o longo período de espera, para a pesagem da carga transportada)... *desse jeito, com a bolsinha, não tem problema?”* (P14, masculino, 34 anos, diagnóstico não oncológico, estomizado)

Contudo, para um participante não estomizado, por ter conhecimento sobre a gravidade de sua condição clínica, a sua maior preocupação foi sobre a sua capacidade de retorno ao trabalho, após a cirurgia:

"Eu já trabalhei tanto, mas hoje não consigo trabalhar... eu não me acho velho ainda, estou novo, se não fosse esse problema de saúde, eu ia trabalhar!" (P6, masculino, 57 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

A retomada do trabalho constituiu uma preocupação importante para estes pacientes, pois isso pode acarretar sentimentos como dependência e inutilidade, que causam sofrimento psíquico.

No pós-operatório mediato, após a concretude da estomização intestinal, surgem as dúvidas dos pacientes em relação ao autocuidado e sobre o tempo de permanência desta nova condição em suas vidas:

"Agora tem que ver como trocar isso aqui (DiC: bolsa de colostomia)*. Será que eu vou ficar com esse trem pra sempre?"* (P14, masculino, 34 anos, diagnóstico não oncológico, estomizado)

"A gente tem que adaptar com tudo!!! Graças à Deus, deu certo a cirurgia!!!" (P16, feminino, 60 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

Apesar de todo sentimento negativo atribuído à estomização, os pacientes conseguiram dar um novo sentido ao procedimento cirúrgico como uma renovação da esperança de voltar a ter uma saúde melhor:

"Ainda bem que conseguiram fazer isso (colocar a bolsinha)!!! Acho que por uns tempos vai ter uma mudança, uma adaptação. Vou ter que seguir tratamento, não vai ser a mesma rotina, mas não tem problema!!! O importante é que Deus me de saúde até onde eu posso ir!" (CiD: neste momento a paciente fica com os olhos emaranhados de lágrima) (P16, feminino, 60 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

"Normal (DiC: referindo ao sentimento em relação à estomia)*. Meu marido já usava e eu que cuidava!!! Assim... não senti nada de apavoramento!!!"* (P10, feminino, 72 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

No pós-operatório mediato, os participantes, independe da estomização ou não, verbalizaram os sentimentos de tranquilidade e confiança nos resultados do tratamento realizado:

"*Achei bom que já passou* (DiC: referindo-se aos primeiros dias de pós-operatório e com diminuição da fadiga fisiológica), *achei muito bom!!!* (P1, feminino, 63 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

"Pelo jeito vai ficar normal, porque o intestino já está funcionando. Mas vai mudar, que eu vou ser uma pessoa normal, porque eu não tinha vida, era triste demais!!!" (P7, feminino, 67 anos, diagnóstico não oncológico, não estomizada)

"Agora é seguir em frente, se Deus quiser!" (P16, feminino, 60 anos, diagnóstico oncológico, estomizada)

"A minha vida vai mudar, vou me cuidar mais ainda!!!" (P3, masculino, 63 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

"É vida nova, é tocar pra frente, com fé em Deus!!!" (P6, masculino, 57 anos, diagnóstico oncológico, não estomizado)

Neste núcleo temático, evidenciou-se a polarização dos aspectos psicológicos no pós-operatório mediato em relação à estomização intestinal, com surgimento de sentimentos ambíguos, incluindo-se uma visão pessimista, mas ao mesmo tempo, sentimentos de renovação de esperança pela possibilidade de continuidade do tratamento, por ter conseguido superar as dificuldades maiores do pós-operatório, pela possibilidade da retomada de sua vida e expectativa de superação das dificuldades iniciais com o autocuidado e com o equipamento coletor. Os pacientes que não necessitaram da confecção de estomia intestinal, sentiram-se aliviados como se tivessem recebido uma nova chance de vida.

Todos os participantes mostraram-se confiantes e estimulados à adesão na continuidade do tratamento e do seguimento pós-operatório.

9.2 Discussão: Núcleos temáticos

Com a análise do Núcleo temático 1: “Demora para tratamento no sistema de saúde” ampliou-se a compreensão sobre o itinerário terapêutico destes pacientes no SUS, ao perceberem os primeiros sintomas gastrintestinais, na busca de assistência à saúde. Estes pacientes enfrentaram diferentes situações de desafio para a resolução de seu problema de saúde, que culminou no tratamento cirúrgico.

O itinerário terapêutico no SUS das pessoas com doença colorretal crônica revelou dificuldades na distinção dos sinais clínicos do CCR, não valorização destes pelos profissionais e pela população; não adesão às medidas preventivas da população; desafios na implementação de ações preventivas e de rastreamento para esta doença; acrescidas da escassez de oferecimento de exames especializados como colonoscopia e de assistência especializada, que resultam no estabelecimento do diagnóstico deste paciente, em fase de evolução da doença mais avançada.

Ainda, a acessibilidade ao SUS constituiu o desafio, cuja avaliação da produção da assistência à saúde, ainda é numérica em relação às consultas e procedimentos realizados. Há necessidade de melhoria deste serviço no que se refere à identificação de pessoas, que buscam atendimento repetidamente, pelas mesmas queixas (LENZA, 2011).

O direito e acessibilidade à saúde, assegurados pela Constituição Brasileira desde 1988, que recomenda assistência singular, visando a pessoa como um todo, com acolhimento das queixas e dos problemas, com atendimento resolutivo, ainda apresenta dificuldades na sua implementação (LENZA, 2011; ROSADO, 2019).

O aumento de CCR em pessoas com idade acima de 35 anos no Rio de Janeiro, foi relacionado aos hábitos de vida ocidental, indicando a necessidade de adoção de medidas e estratégias preventivas, assim como de rastreamento e o tratamento precoce para diminuir a demanda de atendimentos nos serviços especializados, bem como o custo elevado das terapêuticas em instituições terciárias e quaternárias (GASPARINI et al., 2014).

No Brasil, ainda não é possível assegurar a detecção de lesões precursoras do CCR, com o rastreamento oportunístico, sendo que os grandes desafios são o

início do tratamento, diminuição da taxa de mortalidade por este câncer, a adesão às medidas preventivas da população e capacitação dos profissionais da Atenção Primária. Isto é aplicável para as DII, pois em geral, o seu diagnóstico ocorre em fase mais avançada (GASPARINI et al., 2014).

Um estudo canadense com 392 pacientes mostrou a associação da oferta de serviços especializados e o tempo de acesso para diagnóstico e tratamento, sendo que 9,9% foram diagnosticados por exames de rastreamento, 53,1% foram submetidos à tomografia computadorizada para estadiamento tumoral no pré-operatório e 74,5% realizaram a colonoscopia. Recomendou-se a realização de estudos para diferenciar acessibilidade de rastreamento oportunístico para a melhoria da assistência desta clientela (MCCONNELL, INGLIS, PORTER, 2010; GASPARINI et al., 2014).

Em relação às DII, a Doença de Crohn tem sido diagnosticada, de forma crescente na população. Contudo para o estabelecimento deste diagnóstico há necessidade de maior capacitação dos profissionais, sendo que a adesão ao tratamento clínico tem sido um aspecto importante a ser considerado no seguimento destes pacientes. A doença e o tratamento complexo repercutem em todas as dimensões de suas vidas, que passam a ser regidas pela evolução da doença, pela resposta à terapêutica clínica e pela ocorrência de complicações (VIEIRA et al., 2012; SONOBE et al., 2015).

A falta de adesão ao tratamento clínico ou a demora no estabelecimento do diagnóstico podem resultar em complicações como a fístula entérica, uma das mais frequentes e que requer abordagem cirúrgica, podendo resultar em estomia intestinal, temporária ou definitiva. Por ser de etiologia desconhecida e multifatorial, o tratamento inicial é a conjunção da terapêutica medicamentosa, suporte nutricional e controle dos fatores predisponentes, além de cirurgia. Para tanto é necessária uma equipe interdisciplinar especializada (VIEIRA et al., 2012; SONOBE et al., 2015).

Durante o itinerário terapêutico, estes pacientes tinham uma rede de apoio, representado pela família, pela equipe de saúde e pela fé, que os ajudou no enfrentamento do adoecimento e do tratamento cirúrgico.

A família tem sido um apoio fundamental para estes pacientes na busca pela assistência à saúde, na tomada de decisão para realizar o tratamento cirúrgico e na retomada da vida diária, até mesmo na realização do autocuidado e no manejo de

complicações de estomia e de pele periestoma, quando passam pelo processo de estomização (SILVA et al., 2017; SASAKI, 2018).

A equipe de saúde tem um papel muito importante para os pacientes no acolhimento e fornecimento de informações, de forma a diminuir o estresse psicológico, desmistificando os estigmas sobre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico. Porém, é necessário que estes profissionais desenvolvam a habilidade interpessoal para estabelecer um vínculo de confiança e fornecer informações, de forma clara e objetiva, com linguagem que favoreça o entendimento dos pacientes. A linguagem técnica dificulta o entendimento e isto pode gerar mais sofrimento psíquico para os pacientes (PEREIRA et al., 2016; SASAKI, 2018).

A fé ampara estas pessoas diante da possibilidade da estomização, por gerar conforto e confiança para superar os desafios desta fase. A metanálise de estudos estabeleceu a correlação entre qualidade de vida e a religiosidade para o enfrentamento de situações adversas como doenças físicas, transtornos mentais ou situações de luto. Ainda, constitui um mecanismo de defesa, de resignação ou de apoio social para as pessoas elaborarem novos sentidos aos seus percalços e reorganizar as suas vidas. Mesmo em pessoas não adeptas de alguma religião, a fé tem sido um elemento importante de apoio (MELO et al., 2015).

A intervenção do psicólogo pressupõe o acolhimento de pacientes e familiares, auxiliando-os para a desmitificação dos medos e das angústias intermediando e potencializando as intervenções de todos os profissionais da equipe interdisciplinar. No conjunto, a assistência ofertada minimiza sofrimento psicológico e físico.

Desta forma, ansiedade e angústia vividas por estas pessoas no itinerário terapêutico na Atenção Primária, em decorrência da dificuldade de acessibilidade à assistência de saúde no SUS, ocasionou diagnósticos tardios, com alto grau de comprometimento clínico para iniciar o tratamento de doenças com estigma social, acabaram sendo abordadas na Atenção Terciária. Considerando a proposta da integralidade do cuidado no SUS, torna-se necessário a inserção do psicólogo para contribuir na assistência de pessoas com condições crônicas.

Com a análise do Núcleo temático 2: “Dúvidas sobre diagnóstico/ tratamento/ bolsinha” compreendeu-se a importância do fornecimento de informações para os pacientes sobre o diagnóstico, a cirurgia e suas consequências, com destaque para a possibilidade de estomização, assim como a desmistificação dos estigmas sobre o

adoecimento e tratamento cirúrgico, além de auxiliá-los na utilização efetiva das estratégias de enfrentamento, mediante a intervenção psicológica, na minimização do sofrimento psíquico e físico.

O diagnóstico de câncer, apesar de toda a evolução terapêutica, com incorporação científica e tecnológica, ainda prevalece o estigma, com vinculação direta com o sofrimento, dor e finitude. Neste estudo, o estigma social foi vivido pelos pacientes com DII, suscitando emoções e sentimentos de medo e angústia.

Um estudo explorou as repercussões do diagnóstico de CCR e do tratamento na vida dos pacientes, identificando sofrimento e dor, influenciados pelo entendimento gerado pela condução da comunicação sobre o diagnóstico e tratamento. As estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes foram espiritualidade, suporte de amigos e familiares (COSTA et al., 2016).

O momento de descoberta do diagnóstico oncológico oscila entre a certeza de ter o conhecimento real sobre o que ocorre com o seu próprio corpo e ter um diagnóstico para iniciar o tratamento e a incerteza dos acontecimentos futuros devido ao adoecimento e o medo do desconhecido, que causam uma sensação de desamparo e finitude, visto que o estigma social, rotula este adoecimento como uma morte anunciada.

Os sentimentos e sensações de uma pessoa são singulares, sendo influenciados pelas características pessoais, sociais e culturais, além da capacidade de resiliência no enfrentamento do adoecimento e dos tratamentos (LERNER; VAZ, 2017).

Para vivenciar e tentar superar o diagnóstico e tratamento o paciente utiliza de seus recursos internos como as estratégias de enfrentamento. Dentre as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por pacientes diagnosticados encontram-se: a espiritualidade, o suporte familiar, reflexão sobre o problema, medidas de autocontrole e atividades relacionadas ao autocuidado (OLIVEIRA; OLIVEIRA; SCHNAIDER, 2012).

Neste estudo as estratégias de enfrentamento, representados pela rede de apoio familiar e dos amigos foram utilizadas para minimizar o sofrimento, além de constituírem um recurso muito importante para que os pacientes com doenças colorretais crônicas enfrentassem os acontecimentos ocorridos no itinerário terapêutico, desde a percepção dos sintomas até o tratamento cirúrgico, superando os desafios do diagnóstico difícil e doloroso, a possibilidade de estomização

intestinal, bem como as possíveis repercussões na sua vida cotidiana (COSTA et al., 2016).

A fé tem sido um recurso de enfrentamento para amenizar os sofrimentos diante de um diagnóstico grave e do tratamento cirúrgico. O adoecimento desencadeia uma constante busca de respostas para entender esta experiência avassaladora. A fé e as crenças espirituais e religiosas constituem o suporte emocional, social e de motivação para lutar com o adoecimento. Portanto, o profissional de saúde deve conhecer as crenças dos pacientes e seus familiares para estabelecer as suas intervenções no atendimento da demanda desta clientela, pois refletem nos prognósticos de pacientes, na adesão ao tratamento, na reação frente ao diagnóstico e na manutenção da qualidade de vida ao longo do tratamento (BOUSO et al., 2011; SZAFLARSKI, 2013).

Outro mecanismo de enfrentamento utilizado pelos pacientes é a negação. Esse mecanismo funciona como um abafador ou amortecedor, após notícias chocantes, como o diagnóstico de CCR e DII, além da possibilidade de estomização intestinal. Para estas situações inesperadas, o paciente necessita de tempo interno como uma defesa primária, para mobilizar de outros recursos, até conseguir, ao menos, uma aceitação parcial sobre o adoecimento (COSTA; LEITE, 2009).

A comunicação eficaz dos profissionais da saúde, desde a notícia do diagnóstico até o tratamento, auxilia os pacientes a enfrentarem com menos sofrimento. A forma como o profissional de saúde comunica o diagnóstico pode interferir diretamente na relação do paciente com o diagnóstico e tratamentos (SILVA; ZAGO, 2005).

Esta relação do paciente com o diagnóstico pode levá-lo a adotar uma postura de “lutar com adoecimento”, que o faz utilizar estratégias para um enfrentamento focado no problema, com adaptação à esta condição de saúde e com isso este passa a ter consciência sobre as mudanças no seu corpo e limites, assumindo a identidade de adoecido; ou de “lutar contra o adoecimento”, no qual o paciente tem o enfrentamento focado na emoção, cuja expectativa é de recuperar a condição anterior ao adoecimento, que pode resultar em passividade diante da situação, depressão e debilidade física e emocional, a pessoa se rende à doença, manutenção do medo e desespero (CHARMAZ, 1995; LENZA, 2016).

Portanto, a comunicação do diagnóstico de câncer ao paciente é uma tarefa extremamente complexa, que exige preparo e sensibilidade. A qualidade da

informação pode gerar estresse e ansiedade, necessidade de adaptação à nova situação, o enfrentamento da doença e satisfação com os cuidados recebidos (SEIFART, 2014).

Estudos mostram que a maioria dos profissionais de saúde sentem incomodados e despreparados diante da comunicação de más notícias, evidenciando a importância de uma capacitação adequada para o desenvolvimento para este tipo de comunicação (SUBORNE, 2004). A revelação do diagnóstico deve ser feita de forma honesta, respeitosa, clara e objetiva, tendo o cuidado de se fazer entender (SILVA; ZAGO, 2005).

Diante do processo do adoecimento, deve ser priorizada e respeitada a vontade do paciente em conhecer ou não o seu diagnóstico e o seu quadro clínico. Assim, a estratégia de escuta ativa é essencial para que o profissional auxilie o paciente na elaboração de sentimentos e fantasias relacionadas à doença, como também na participação ativa no tratamento e na adoção de cuidados à saúde (HAGERTY, 2004; ALVES, 2005; COSTA et al., 2016).

Desta maneira, possuir habilidade para a revelação de diagnósticos graves aos pacientes pode subsidiar o fortalecimento do vínculo do profissional com os pacientes, favorecendo a autonomia, além de minimizar o estresse dos pacientes nestas situações (JONAS et al., 2015).

A presença do psicólogo juntamente com a equipe interdisciplinar é fundamental no processo de revelação do diagnóstico de câncer e das DIIs, caracterizando-se pelo papel de intermediador, além de estabelecer as demandas psicológicas dos pacientes, para o enfrentamento do tratamento cirúrgico, minimizando o sofrimento físico e psíquico.

É preciso maior envolvimento da equipe interdisciplinar no processo de revelação do diagnóstico destas doenças, para auxiliar os pacientes a encarar a nova realidade, considerando-se a sua condição biopsicossocial e espiritual.

Sem dúvida, as intervenções Vínculo e Ensino são pertinentes a todos os profissionais da equipe interdisciplinar e não somente ao psicólogo, e, portanto, o oferecimento de uma assistência integral e mais humanizada dependerá da ação conjunta desta equipe.

Mediante o Núcleo temático 3: “Expectativa da cirurgia e estomização”, foi possível aprofundar a análise sobre os sentimentos ambíguos gerados pelo tratamento cirúrgico, o de esperança de uma vida melhor ou de cura e,

antagonicamente, de perdas e impotência diante de seu próprio corpo, vinculados à possibilidade de estomização intestinal.

A estomização intestinal constitui um desafio assustador, pois esta representou uma divisão de suas vidas e, até mesmo, de uma mudança de identidade, passando a ser uma pessoa com deficiência. O paciente passa a ter medo de não ser mais a pessoa de antes, que ocorra perda de autonomia e do controle do próprio corpo, além da necessidade de enfrentar o preconceito, a incerteza do futuro e as repercussões cotidianas (LENZA, 2016; SILVA et al., 2017; SASAKI, 2018).

Assim, as intervenções psicológicas perioperatórias visam a melhoria da qualidade de vida do paciente, por possibilitar a diminuição de riscos para desenvolver depressão, ansiedade, aumentando o sentimento de bem-estar, cujo fornecimento de informações deverá ser de forma simples e esquemática (RAWL et al., 2002; ALLARD, 2007).

Para prestar assistência perioperatória a estes pacientes é fundamental o suporte profissional especializado, pois as repercussões da cirurgia geram mudanças em vários aspectos da vida e estes necessitam adaptar-se (LENZA, 2011; MARTINS et al., 2015; TELES et al., 2017). Contudo, o fornecimento de informações claras e objetivas, deve respeitar a demanda de informações de cada pessoa (POLLETO; SILVA, 2013).

No momento que o paciente recebe a notícia da indicação do procedimento cirúrgico com possibilidade de estomia, emergem sentimentos relacionados ao enfrentamento das possíveis mudanças como as alterações na imagem corporal, autoestima e necessidade de adaptação (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007; BATISTA et al., 2011; LENZA, 2011; MARTINS et al., 2015; SASAKI et al., 2017; SILVA et al.,2017; TELES et al, 2017).

Assim, no pré-operatório o paciente, em meio à realização de exames e do preparo físico, apresenta os sentimentos de ansiedade e medo, mas, concomitantemente, podem experimentar sentimentos de esperança diante da possibilidade de cura e reabilitação, de tranquilidade e de alívio por meio da fé em alcançar melhores condições de vida ou mesmo de manter-se vivo (VARGAS; MAIA; DANTAS, 2006; SILVA et al.,2017).

Nesta fase, estas pessoas vivem sentimentos antagônicos, ora mais otimistas, ora pessimistas, cujos medos e receios estão vinculados à possível

estomização, destacando-se a rejeição familiar e dos amigos, a dificuldade em lidar com a estomia por falta de conhecimento, barreiras para reintegração social e dificuldade para a manutenção de uma atividade laboral, gerando assim um desequilíbrio emocional que dificulta a adaptação à nova condição de vida (CESARETTI; SANTOS; VIANNA, 2010; SILVA et al., 2017).

Diante da incerteza da estomização, o paciente busca manter a esperança de resolução do seu problema de saúde com a cirurgia, sem a necessidade da estomia. Essa esperança, muitas vezes, pode estar relacionada à comunicação não eficaz, com poucas explicações ou vagas, levando o paciente a acreditar que a possibilidade da estomia é remota (LENZA, 2011; SILVA et al., 2017).

A cirurgia com a confecção de estomia causa muitos medos e incertezas nos pacientes, por estar diante do desconhecido. No entanto, após o procedimento cirúrgico, tudo pode mudar na vida para este paciente, por estar diante da nova condição de saúde, de estomizado.

Neste sentido, a abordagem do paciente em tratamento cirúrgico com possibilidade de estomização intestinal, perpassa pela assistência perioperatória especializada, para favorecer a adaptação e o enfrentamento do paciente, com alcance de sua reabilitação física e psicossocial (LENZA, 2011; MARTINS et al., 2015; LENZA, 2016; SASAKI et al., 2017; SILVA et al., 2017; TELES et al., 2017).

No pré-operatório, a equipe cirúrgica realiza a comunicação do diagnóstico, da indicação e do planejamento do tratamento cirúrgico com a possibilidade de estomização; a enfermeira estomaterapeuta realiza a demarcação de estoma (avaliação para definir o local mais adequado para a confecção do estoma intestinal) e o ensino pré-operatório sobre a cirurgia e suas consequências, com inserção da família; a psicóloga realiza o atendimento psicológico no pré-operatório com identificação da rede de apoio e das estratégias de enfrentamento, bem como capacidade de participação no tratamento. Além disso, a assistente social realiza a avaliação socioeconômica e identifica as fragilidades e possíveis ações; e a nutricionista realiza a avaliação nutricional, com identificação dos problemas.

No pós-operatório, cada um destes profissionais, realiza a avaliação das reações e respostas do paciente às intervenções no pré-operatório, definindo as intervenções para o pós-operatório, para favorecer a recuperação fisiológica e psicossocial, assim como o preparo para a alta hospitalar.

No pós-operatório, o paciente com estomia intestinal se depara com uma ruptura biográfica, passando a refletir sobre “eu antes” e o “eu depois” da cirurgia. O paciente se vê fora do padrão de “normalidade saudável” definido pela sociedade, causando um auto preconceito e, até mesmo, o isolamento social por medo das reações das pessoas em relação à sua nova condição de “pessoa com estomia intestinal” (LENZA, 2016; TELES et al., 2017; SASAKI, 2018).

Em geral, o paciente somente consegue introjetar a experiência de ter uma deficiência decorrente do adoecimento, ou seja, alcança a ressignificação de sua identidade como pessoa com estomia intestinal, por meio do processo denominado de Reconfiguração do *Self*, somente, após quase dois anos de pós-operatório (LENZA, 2016). O suporte psicológico vinculado às intervenções da equipe interdisciplinar poderá favorecer esta ressignificação, em fase de pós-operatório mais precoce, com alcance da reabilitação.

O enfrentamento do adoecimento e da estomização pelo paciente mediante os seus recursos internos, denominados de estratégias de enfrentamento, como rede de apoio familiar e profissional, a fé e as informações obtidas sobre seu quadro de saúde, acrescidas das características individuais, ocorre a elaboração de suas experiências, que resultarão em uma visão otimista ou pessimista sobre o adoecimento e o tratamento cirúrgico, determinando uma normalidade em sua vida (SILVA et al., 2017).

Na China, Ahmadi et al. (2016) evidenciaram em estudo qualitativo com 33 participantes com diferentes tipos de câncer que as estratégias de enfrentamento focadas na emoção utilizadas pelos pacientes foram a crença no poder de cura da natureza; conexão mente-corpo; crença no poder transcendente e manter bons relacionamentos, coerentes à cultura destas pessoas.

Umas das estratégias de enfrentamento utilizada focada na emoção é a negação ou fuga da realidade. Esta estratégia é utilizada, sempre que o paciente não consegue aceitar e vivenciar a realidade, por não dispor de recursos internos suficientes para o seu enfrentamento. Nesta situação, a equipe interdisciplinar deve estar atenta para solicitar atendimento psicológico.

Nos Estados Unidos, um estudo com 60 pessoas com câncer, em cuidados paliativos, identificou que para lidar com a fadiga, as estratégias de enfrentamento, utilizadas foram comportamento de fuga ou comportamento destrutivo e mal adaptado por preocupação ansiosa, além do fatalismo moderado sem esperança ou

espírito de luta, vinculados aos sintomas de fadiga (MODLISKA et al., 2013). É importante ressaltar que os pacientes oncológicos, em geral, apresentam fadiga oncológica, que no pós-operatório, pode ser agravada com a fadiga, decorrente da reação ao processo anestésico-cirúrgico (LENZA, 2016).

Outro estudo prospectivo transversal com adultos em pós-operatórios de cirurgias oncológicas gastrointestinais, urológicas e ginecológicas, as estratégias de enfrentamento utilizadas foram focalizadas no problema (53%) e 86% focalizadas na emoção, indicando a utilização simultânea de mais de uma estratégia de enfrentamento (COSTA E LEITE, 2009).

O apoio dos familiares e amigos juntamente com a equipe interdisciplinar, por meio de um vínculo e comunicação eficaz, se torna outra estratégia de enfrentamento essencial para lutar com o adoecimento e alcançar a adaptação, adotando um novo estilo de vida, o de pessoa com deficiência (SILVA et al., 2017; SASAKI, 2018).

O auxílio e o apoio da família e dos profissionais diante de um sofrimento emocional somado às limitações ocasionadas pelo adoecimento apresentam estratégias focadas no problema com melhor gerenciamento da situação estressora (LEVY, CARTWRIGHT, 2015). Segundo o Modelo Social da Deficiência, para que as pessoas com estomias intestinais possam adotar um novo estilo de vida há necessidade da acessibilidade aos direitos de cidadão, com remoção das barreiras sociais ao longo da sobrevivência (SASAKI, 2018).

O atendimento psicológico no pós-operatório mediato retoma os aspectos abordados no pré-operatório, mediante a concretude dos resultados da cirurgia. Em síntese, a visão otimista, reflete na esperança do sucesso do tratamento cirúrgico, na continuidade do tratamento, na superação das dificuldades para a retomada de suas vidas, por meio das intervenções Vínculo e Ensino da equipe interdisciplinar, que caracterizam o suporte profissional necessário para que os pacientes possam realizar o procedimento cirúrgico com enfrentamento que favoreça a adaptação física e psíquica, tanto no pré como no pós-operatório mediato.

Com o protocolo de intervenção psicológica, a demanda de conhecimentos sobre cirurgia e suas consequências, além das reações físicas e psicológicas dos pacientes com doenças colorretais crônicas, pode ser abordada pela psicologia hospitalar, contribuindo efetivamente no desenvolvimento do trabalho da equipe

interdisciplinar, assim como por meio da participação na discussão de casos, oferecimento de capacitação aos profissionais e diálogos em equipe.

10. CONCLUSÃO

Este estudo de desenho misto foi desenvolvido em duas etapas, sendo que na etapa quantitativa foi proposto um Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatória, subsidiado por evidências científicas e nas características sociodemográficas, clínicas, terapêuticas de pacientes em primeiro tratamento cirúrgico com possibilidade de estomização. A maioria era branca, casada, aposentada, católica e com diagnósticos oncológico e DII, cuja demanda de atendimento psicológico no pré-operatório tinham relação com obtenção de conhecimento sobre a cirurgia e suas consequências, resultados com a cirurgia e necessidade de atendimento psicológico; e no pós-operatório mediato informações sobre resultados da cirurgia; perspectiva futura após a cirurgia; e necessidade de atendimento psicológico. A maioria dos pacientes utilizou a estratégia de enfrentamento focada no problema.

A possibilidade de estomização suscitou a coexistência de sentimentos antagônicos de esperança e de medo, apesar da utilização de estratégias de enfrentamento focadas no problema, além do estigma social em relação ao adoecimento oncológico, sendo que isto é aplicável aos pacientes com DII.

Desta forma, a proposição do protocolo psicológico foi estruturada em 10 eixos: identificação; avaliação do estado mental; apoio social; demandas pré-operatórias; demandas pós-operatórias; estratégias de enfrentamento; entendimento da condição clínica; síntese do diagnóstico psicológico; intervenções/abordagens psicoterapêuticas estabelecidas; e avaliação da intervenção psicológica.

Na etapa qualitativa foi implementado este protocolo para 16 participantes, que apresentavam similaridade sociodemográfica, clínica e terapêutica em relação aos participantes da etapa quantitativa. Utilizou-se a Análise Temática, fundamentado no referencial da Psicologia Hospitalar para a interpretação dos dados qualitativos, quer foram categorizadas em quatro núcleos temáticos: “Demora para tratamento no sistema de saúde”; “Dúvidas sobre diagnóstico/tratamento/bolsinha”; e “Expectativas sobre cirurgia e estomização”, nos quais se aprofundou os desafios enfrentados por estes pacientes no itinerário terapêutico, que gerou sofrimentos físico e psíquico; e no período pós-operatório mediato, o núcleo temático “Os aspectos psicológicos da cirurgia e da estomização na vida do paciente”, no qual foi explorado aspectos da intervenção suporte psicológico em relação às demandas de conhecimento destes pacientes e as implicações na assistência prestada pela equipe interdisciplinar.

Com a concretude da estomização intestinal, ocorreu enfrentamento vinculado à ambiguidade de sentimentos como pessimismo pelas perdas da sua identidade anterior ao adoecimento, necessidade de uso de equipamento coletor e falta de conhecimento para o autocuidado; e de esperança de melhora de sua condição de saúde, da possibilidade de continuidade ao seu tratamento e do fato de estar vivo para seguir em frente.

Os resultados deste estudo indicaram que o conhecimento sobre as demandas dos pacientes no perioperatório com perspectiva interdisciplinar, possibilita o olhar holístico e humanizado amenizando o sofrimento físico e psíquico dos pacientes e seus familiares, por meio do suporte psicológico. O psicólogo poderá constituir o facilitador da comunicação nesta equipe, incentivando discussões para o estabelecimento de intervenções de cada formação específica dos profissionais, que sejam favorecidas pela intervenção psicológica para um enfrentamento favorável com menor sofrimento psíquico e físico possível, durante o tratamento cirúrgico. Ressalta-se que as intervenções Vínculo e Ensino devem ser realizadas por todos os profissionais da equipe interdisciplinar.

Concluiu-se, que este protocolo poderá contribuir na melhoria da qualidade do planejamento e implementação da assistência perioperatória da equipe interdisciplinar aos pacientes com doenças colorretais crônicas com possibilidade de confecção de estomia.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O impacto emocional gerado pelo primeiro tratamento cirúrgico para pacientes com doenças colorretais está vinculado à possibilidade de confecção de estomia, principalmente pelo estigma social do diagnóstico oncológico e da DII, assim como da necessidade de uso da “bolsinha”.

As estratégias de enfrentamento são utilizadas como recursos emocionais pelos pacientes para superarem este momento difícil em suas vidas. É de fundamental que os profissionais que atuam nesta área, em especial o psicólogo, possa explorar os recursos emocionais dos pacientes, para que estes possam gerenciar os sentimentos de angústia e de medo, por meio da aquisição de conhecimentos sobre a cirurgia e suas consequências, para a manutenção de sentimentos que estimulem a proatividade para o alcance da adaptação às repercussões do adoecimento e do tratamento cirúrgico.

Cabe ressaltar, a necessidade de capacitação dos profissionais da equipe interdisciplinar para realizar as suas intervenções, considerando os aspectos biopsicossociais, que influenciam o adoecimento e a adesão ao tratamento cirúrgico.

Vale ressaltar também, a importância do estabelecimento de um vínculo de confiança e o fornecimento de informações de forma gradual, segundo a demanda individual destes pacientes.

Por meio da utilização deste protocolo será possível avaliar as demandas psicológicas e os mecanismos de enfrentamento no perioperatório, Além de informar a compreensão do paciente sobre seu estado clínico, o que engloba o conhecimento do diagnóstico e tratamento.

O desenvolvimento de conhecimento prévio como pesquisadora sobre as doenças colorretais, o tratamento cirúrgico e as terapêuticas adjuvantes por meio de estudos teórico-práticos, com a participação no Projeto de Extensão “Aprendendo com o ensino de pacientes estomizados e seus familiares”, desenvolvido pelo Grupo de pesquisa no hospital universitário, das supervisões com profissionais com expertise na temática, além da realização de observação participante e não-participante, elaboração do diário de campo, inserção na equipe interdisciplinar, participação das visitas e discussões com a equipe, possibilitaram a análise dos resultados e discussões, pautados na literatura científica e aplicáveis no contexto da assistência perioperatória.

Para realização desta tese de Doutorado, o delineamento do desenho misto foi fundamental, por possibilitar o refinamento e um novo olhar para o paciente com

doença colorretal crônica em tratamento cirúrgico. A possibilidade da dedicação exclusiva como bolsista da Capes foi fundamental para o desenvolvimento e alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa.

Por fim, salienta-se, também, a necessidade de futuras pesquisas sobre as demandas destes pacientes, durante o seguimento pós-operatório no ambulatório especializado, para estabelecer estratégias que favoreçam a diminuição da sua vulnerabilidade física e psíquica, ao longo de sua sobrevivência. Isto que poderá contribuir na inovação do planejamento da assistência da equipe interdisciplinar, para desenvolver e/ou fortalecer recursos emocionais destes pacientes no processo de adoecimento e de terapêuticas por doenças colorretais crônicas.

REFERÊNCIAS

ADORNE, E. F.; BODANESE, L. C. Avaliação do perfil lipídico em pacientes com doença inflamatória intestinal. **Scientia Medica**, v. 26, n. 2, p. 2-9, 2016.

ALAMY, S. A prática hospitalar- como é a atuação do psicólogo. **Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, v. 1, n. 1, p.17, 2005.

ALVES, L.et al. A influência das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8,p. 1924-30, 2007.

ALVES, J. E. D. V. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, v. 4, n. 40, mar./abr./maio 2014. Disponível em: http://anakarkow.pbworks.com/w/file/fetch/98620316/2014_Alves_Transicao%20demografica%20transicao%20da.pdf. Acesso em: 16 nov. 2019.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumento e medidas. **Ciência Saúde Coletiva** [Internet], v. 16, n. 7, p. 3061-3069, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf. Acesso 16 nov 2019.

AMBRÓSIO, D. C. M.; SANTOS, M. A. Resenha sobre livro Temas em psico-oncologia. **Psicologia Teoria e Prática**, v. 11, n. 2, p. 224-229, 2009.

ANGELO, M. Ouvindo a voz da família narrativas sobre sofrimento e espiritualidade. **Mundo Saúde** [Internet], v. 34, n. 4, p. 437-43, 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/437a443.pdf. Acesso em: 16 nov. 2019.

ANGERAMI, V. A. Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. In: ANGERAMI, V. **A psicossomática e suas interfaces**. São Paulo: Cengage, 2012. p. 3-17.

ANGERAMI, V. A.; et al. **Psicologia Hospitalar Teoria e Prática**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 2003.

ANGERAMI, V. A.; et al. **Tendências em Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Ed. Thomson, 1994.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATISTA, M.F.F. et al. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, n.64, p. 1043-1047, 2011.

BATISTA, D. R. B.; MATTOS, M.; SILVA, S. F. Convivendo com o câncer: Do diagnóstico ao tratamento. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 5, n. 3, jul/set, 2015.

BATISTA, T. M. et al. Mudanças no consumo alimentar e nas condições psicossociais geradas pela doença inflamatória intestinal. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 5, n. 1, p. 48-58, 2018.

BENEDETTI, N. M. G. **Capacidade para o autocuidado de idosos em atendimento ambulatorial**. 2013. 164 f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2013.

BERTOLIN, D. C. et al. An association between forms of coping and the sociodemographic variables of people on chronic hemodialysis. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1070-1076, Oct. 2011.

BERTOLOCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral. **Arquivo Neuropsiquiatria.**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BOTEGA, N. J. et al. Transtorno do humor em enfermarias de clínica médica e validação da escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.

BOTEGA, N. J.; FIGUEREIDO, J.H.C; GIGLIO, J. S. Tratamento psicológicos: psicoterapia de apoio e relaxamento. In: BOTEGA, N. J. (org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral- interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed. 3ed., cap. 33, 2012, p. 527-541.

BOTELHO, A. S. C.; PEREIRA, M. G. Qualidade de vida, otimismo, enfrentamento, morbidade psicológica e estresse familiar em pacientes com câncer colorrectal em quimioterapia. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 50-60, jan-março 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília; 1988 out. 5. Seção 2.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Câncer**. 2009. Disponível em: https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer. Acesso em: 16 nov. 2019.

_____. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2018/2019: incidência de câncer no Brasil.** Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2018. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil. Acesso em: 16 nov. 2019.

BRENTA, G. et al. Diretrizes Clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabolismo, v. 57, n. 4, p. 265-299, 2013.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do Miniexame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n.3B, p.777-781, set. 2003.

BULTZ, B. D. et al. Implementing screening for distress the 6th vital sign: A Canadian strategy for changing practice. **Psycho-Oncology**, v. 20, p. 463-469, 2011.

BRUSAMARELLO, T. et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto & contexto enfermagem** [Internet]; v. 20, n. 1, p. 33-40, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/04.pdf. Acesso em: 16 nov. 2019.

CABRAL, M.G.; ABBY, F. Diagnósticos das doenças inflamatórias**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**, v. 11, n. 4, p. 17-21, 2012.

CAMBUI, Y. R. S.; NATALI, M. R. M. Doenças inflamatórias intestinais: Revisão narrativa da literatura. **Revista Faculdade Ciência Médica Soracaba**, v. 17, n. 3, p. 116-119, 2015.

CAMPOS, E. M. P. A Psico-oncologia. **Boletim Academia Paulista Psicologia**, São Paulo, v. 70, n. 79, p. 440-449, 2010.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar: A atuação do Psicólogo em Hospitais**. 2.ed. São Paulo: EPU, 1995.

CARDOSO, D. B. R. et al. Sexualidade de pessoas com estomias intestinais. **Revista Rene**, v. 16, n. 4, p. 576-585, jul-ago 2015.

CARETHERS, J. M. Screening for colorectal cancer in African Americans: determinants and ratio-nale for an earlier age to commence screen-ing. **Digestive Diseases and Sciences**, v. 60, p. 711-721, 2015.

CASCORBI, L. Inflammation: Treatment Progress and Limitations. **Clinical Pharmacology Therapeutics.**, v. 102, n. 4, p. 564-567, 2017.

CESARETTI, I. U. R.; SANTOS, V. L. C. G.; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 16-21, 2010.

CHARMAZ, K. The body, identity, and self: adapting to impairment. **Sociol. Q.**, Berkeley, v. 36, n. 4, p. 657-680, 1995.

CHIATTONE, H. B. de C. **A Psicologia fora dos Consultórios**. São Paulo: Pioneira, 1997.

CHENG, F. et al. The correaltion between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study. **Ostomy Wound Manage**, v. 59, n.7, p. 35-38, 2013.

CONCEIÇÃO, V. M. et al. Representações sociais sobre o tratamento quimioterápico por clientes oncológicos. **Revista Acta Saúde Coletiva,** v. 6, n. 3, p. 83-99, 2012.

COUTO, P. G.; MEDEIROS, S. S. Sentimentos da pessoa submetida a ostomia intestinal - uma visão holística de enfermagem. **Revista Clínica Hospital Prof Dr Fernando Fonseca**, v. 2, n. 1, p. 23-27, 2013.

CUNHA, C. M.; NETO, O. P. A.; STACKFLETH, R. Principais métodos de avaliação psicométrica de validade de instrumentos de medida. **Revista Atenção Primária**

Saúde. [Internet], v. 14, n. 47, p. 75-83, 2016. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/3391/pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.

DESANTIS, C.; NAISHADHAM, D.; JEMAL, A. Cancer statistics for African Americans, 2013. **Journal of Clinical Oncology**, v. 63, p. 151-166, 2013.

DI PRIMIO, A. O.; SCHWARTZ, E.; BIELEMANN, V. L. M.; BURILLE, A.; ZILLMER, J. G. V. et al. Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. **Texto & contexto enfermagem** [Internet]; v. 19, n. 2, p. 334-342, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/15.pdf. Acesso em: 11 nov 2019.

FERREIRA, A. P.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Revista SBPH**, v. 14, n. 2, p. 85-98, dez. 2011.

FERREIRA, M. B. L. S.; VIEIRA, M. M. O lugar da religião no tratamento do paciente oncológico. **CES Revista**, v. 28, n. 1, p. 119-130, 2014.

FRANZEN, E.; ALMEIDA, M. A.; ALITI, G.; BERCINI, R.; MENEGOM, D. B.; RABELO, E. R. Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista HCPA**, v. 27, n. 2, p. 28-31, 2007.

FOLKMAN, S. et al. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 50, n. 5, p. 992-1003, 1986.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive estate of patient for the clinician. **Journal of Psychiatric Research.** New York, USA, v.12, n.3, p.189-198, nov. 1975.

FOLKMAN, S.; MOSKOWITZ, J. T. Coping: Pitfalls and promise. **Annual Review of Psychology**, v. 55; n. 1, p.745-774, 2004.

GASPAR, K. C. Psicologia hospitalar e a oncologia. In: ANGERAMI-CAMON (org.). **Psicologia da saúde - um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Cengage - Learning. 2ª ed., cap. 3, 2011, p. 79-126.

GIMENEZ, M. G. G. O que é Psiconcologia: definição, foco de estudo e intervenção. In: CARVALHO, M. M. J. (Coord.). **Introdução à Psiconcologia**. Campinas: Psy, 1994. 285p.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Trad. Ronaldo Cataldo Costa. 6ª. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.847p.

GOMOLLON, F. et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management. **Journal of Crohn's and Colitis**, p. 3-25, 2017. doi:10.1093/ecco-jcc/jjw168.

GORAYEB R. **A prática da psicologia hospitalar**. Psicologia Clínica e da Saúde- Organização MARINHO M. L. e CARVALHO V. E. Editora UEL- Granada: APICSA. P. 263-278, 2001.

GORAYEB, R.; GUERRELHAS F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 5, n. 1, p.11-19, São Paulo, 2003.

GOODMAN, L. S.; GILMAN, A.; HARDMAN, J. G.; LIMBIRD, L. E. **Goodman e Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2003. 2112p.

GOFFI, F. S. et al. **Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia**. 4. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

HARTMANN, M. et al. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores Associados: Um Estudo de Base Populacional em Mulheres no Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1857-1866, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRÁFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostras em Domicílio. Síntese de Indicadores**, 2011. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2013. Rio de Janeiro: IBGE,** 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/default.shtm>. Acesso em: 16 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2015. Rio de Janeiro: IBGE,** 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/default.shtm>. Acesso em: 16 nov. 2019.

JONAS, L. T.; SILVA, N. M.; PAULA, J. M.; MARQUES, S.; KUSUMOTA, L. Comunicação do diagnóstico de câncer à pessoa idosa. **Revista Rene**, v. 16, n. 2, p. 275-283, 2015.

KARABULUT, H. K.; LAYLA, D.; KARADAG, A. Effects on planned group interactions on the social adaptation of individuals with intestinal stoma: a quantitative study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, n. 19, p. 2800-2813, Oct. 2014.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LENZA, N.F.B. et al. Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais Características socioculturais e de familiares em um Programa de Ostomizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 3, n. 15, p. 755-762, 2013.

LENZA, N.F.B. et al. **Primeiro ano de pós-operatório: significado para a pessoa com estomia intestinal por câncer colorretal**. 2016. 202f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

LENZA, N.F.B. et al. O ensino do autocuidado aos pacientes estomizados e seus familiares: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira Promoção de Saúde**, v. 1, n.26, p. 138-144, jan./mar, 2013.

LIAO, X. et al. Aspirin use, tumor PIK3CA mutation, and colorectal-cancer survival. **New England Journal of Medicine**, v. 367, p. 1596-1606, 2012.

LI, C. C.; REW, L. L.; HWANG, S. L. The relationship between spiritual well-being and psychosocial adjustment in Taiwanese patients with colorectal cancer and a colostomy. **J Wound Ostomy Continence Nursing**, v. 39, n. 2, p. 161-169, Mar./Apr. 2012.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 381-385, 1986.

LOPES, A. **Generalidades e singularidades da doença em família: percepção da qualidade de vida, estresse e enfrentamento** (Dissertação de Mestrado). 2007. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra. Disponível: http://www.psicologia.pt/teses/textos/TE0001.pdf. Acesso em: 16 nov. 2019.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Fatores associados à qualidade do sono de idosos submetidos à quimioterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1-9, 2012b.

MARTINS D. G.; JUNIOR A.R. Paradigma da saúde e o novo paradigma. **Universidade Presbiteriana Mackenzie**, p. 35-42, 2001.

MARTINS, L. M. et al. Rehabilitation of individuals with intestinal ostomy. **British Journal of Nursing**, v. 24, p. S4-S11, 2015.

MATARAZZO J. D. Behavioral Hath and Behavioral Medicine. **American Psychologist**, v. 35, p. 807-817, 1980.

MAURICIO, V. C.; SOUZA, N. V. D. O.; LISBOA, M. T. L. Determinantes biopsicossociais do processo de inclusão laboral da pessoa estomizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 415-421, maio/jun 2014.

MAY, F. P.; MPHIL, E. G. B.; REID, M. W.; BAEK, M.; YOON, J.; COHEN, E.; LEE, A.; OIJEN, M. G. H.; SPIEGEL, B. M. S. Low uptake of colorectal cancer screening among African Americans in an integrated Veterans Affairs health care network. **Gastrointestinal Endoscopy**, p. 1-8, 2014.

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista Rene.** [Internet], v. 12, n. 2, p. 424-431, 2011.

Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4254/3285. Acesso em: 16 nov. 2019.

MEDONÇA, R. S. M.; VALADÃO, M.; CASTRO, L. C.; CARMARGO, T. C. A Importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 4, p. 431-435, 2007.

MENDONÇA, P. S.; CARIOCA, A. A. F.; MAIA, F. M. M. Interações entre estresse oxidativo, terapia utilizada e estadiamento em pacientes com câncer colorretal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 2, p. 129-134, 2014.

MENEZES, M. S.; FARO, A. Sintomatologia depressiva e regulação emocional em pacientes com Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**, v. 19, n. 3, p. 743-754, 2018.

MESQUITA, A. C. et al. A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1-7, 2013.

MITCHELL, K. A et al. Demographic, clinical, and quality of life variables related to embarrassment in veterans living with an intestinal stoma. **Journal Wound Ostomy Continence Nursing** v. 34, n. 5, p. 524-532, Sept./Oct. 2007.

OLIVEIRA, D. R. et al. A pessoa idosa vivenciando a condição de um tratamento quimioterápico. **RBCEH.** Passo Fundo, v. 7, p. 58-70, 2010. Suplemento 1.

OLIVEIRA, G. S. et al. Vivências do cuidador familiar de uma pessoa com estomia intestinal por câncer colorretal. **Revista Rene**, v. 15, n. 1, p. 108-115, jan-fev 2014.

PEDRAZZANI, C et al. Impact of age-related comorbidity on results of colorectal cancer surgery. **World Journal Gastroenterology.**, v. 15, n. 45, p. 5706-5711, 2009.

PEREIRA, A. C. et al. O ensino pré-operatório na perspectiva de pacientes oncológicos. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 10, n.1, p. 449-456, 2016.

PEREIRA, A. P. S. et al. Associations among socio-demographic and clinical factors and the quality of life of ostomized patients. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 1-8, jan-feb. 2012.

PESSINE, L; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: edições Loyola, 2004.

PINTO, F. E. M. Psicologia hospitalar: Breves incursões temáticas para uma (melhor) prática profissional. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 7, n. 2, p. 1-12, 2004.

PITTMAN, J. et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. **J Wound Ostomy Continence Nursing**, v. 35, n. 5, p. 493-503, Sept./Oct. 2008.

POLLOCK, R. E. et al. editors. **UICC manual de oncologia clínica**. 8a ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2006. Câncer do cólon e do Reto; p. 487-504.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RAN, L. et al. Quality of life, self-care knowledge access, and self-care needs in patients with colon stomas one-month post-surgery in a Chinese Tumor Hospital. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 3, n. 3, p. 252-258, Sept. 2016.

REGO, A. G. C. et al. Câncer colorretal em pacientes jovens. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 2, p. 173-180, 2012.

ROCHA, J. J. R. Estomias intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. **Medicina** (Ribeirão Preto), v. 44, n. 1, p. 51-56, 2011.

ROLLAND, J. Doença crônica e o ciclo da vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (orgs). **As mudanças no ciclo familiar: Uma estrutura para a terapia familiar**. 2 ed. Porto Alegre- RS: Artmed, 1995.

ROSADO, S. R. **Equipamentos coletores/adjuvantes de estomizados intestinais e a assistência especializada: a acessibilidade para o alcance da reabilitação.** 2019. 227 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

ROTH, M. P. et al. Familial empiric risk estimates of inflammatory bowel disease in Ashkenazi Jews. **Gastroenterology**, v. 96, p. 1016-1020, 1989.

SAMPAIO, F. A. A. et al. Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem´s theory. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 94-100, 2008.

SANTANA, J. A. Envelhecimento populacional e política de saúde: contribuições para a reflexão acerca dos desafios que o processo de envelhecimento populacional traz para a definição da agenda da política de saúde pública brasileira. **Vértices**, Campus dos Goytacazes/RJ, v. 14, n. 3, p. 85-101 set./dez. 2012.

SASAKI, V. D. M. **Autocuidado com a estomia intestinal e equipamentos coletores: perspectiva das pessoas estomizadas intestinais, familiares e equipe multidisciplinar do Programa de Ostomizados**. 2018. 212 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

SASAKI, V. D.M. et al. Reabilitação de pessoas com estomia intestinal: Revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, Supl. 4, p. 1445-1454, 2017.

SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P. R.; MEJIAS, N. P. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 7, n. 1/2, p. 183-201, 1996.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da Psicologia da saúde hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**; v. 20; Supl. n. 1, p.50-55, 2005.

SOUZA, M. F. M. et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, 2018.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. 6ª ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SILVA, J. et al. Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais. **Revista Rene**, v. 15, n.1, p.166-173, 2014.

SILVA, M. M. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas em tratamento quimioterápico: subsídios para o gerenciamento em enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** v. 15, n.3, p. 704-712, jul./set., 2013.

SILVA, M.; SILVA, V. H. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. **Arquivos Médicos do ABC**, Santo André, SP, v. 30, n. 1, p.11-18, jan./jun. 2005.

SILVA, N. M.; GASPAR, K. C. Ansiedade e pacientes oncológicos em início de tratamento radioterápico. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPAR, K. C. (orgs.). **Psicologia e Câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, cap.11, 2013, p. 273-294.

SILVA, N. M. et al. Aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais: revisão integrativa. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-11, 2017.

SILVA, N. M. et al. Estratégias de Atendimento Psicológico a Pacientes Estomizados e seus Familiares. **PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO (online)**, v. 39, p. e178982, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pcp/v39/1982-3703-pcp-39-e178982.pdf. Acesso em: 16 nov. 2019.

SILVA, N. M. et al. Estudo piloto com pacientes com patologias colorretais crônicas: relato de experiência. In: Leila Salomão de la Plata Cury Tardio. (Org**.). O Procedimento de Desenhos-Estórias na clínica e na pesquisa: 45 anos de percurso [E-book]**. 1ed.São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, v. 1, p. 644-653, 2017.

SONOBE. H. M.; BARICHELLO, E.; ZAGO, M. M. F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 3, p. 341-348, 2002.

SONOBE, H.M. et al. Cuidado às pessoas com Doença de Crohn. In: Helga Regina Brescani; Jussara Gue Martini; Lilian Denise Mai. (Org.). **Programa de Atualização em Enfermagem**. 10ed.Porto Alegre: Artmed Panamericana, v. 3, p. 9-62, 2015.

SORATO, D. B.; OSÓRIO, F. L. Coping, psychopathology, and quality of life in cancer patients under palliative care. **Palliative and Supportive Care**, v. 13, p. 517-525, 2015.

SOUZA, P. C. M. et al. As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 13, n. 1, p. 50-59, Jan/Mar 2011.

SOUZA, E.C.A. et al. As consequências da estomia intestinal para os estomizados e seus familiares. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 4, p. 143-148, 2010. Disponível em: https://bdpi.usp.br/item/001830403. Acesso em: 16 nov. 2019.

STEIDLER, L. et al. Treatment of murine colitis by Lactococcus lactis secreting interleukin-10. **Science**, v. 289, n. 5483, p. 1352-1355, 2000.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica** [Internet], v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=228044&indexSearch=ID Acesso 16 nov. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. Is the CVI an acceptable indicator of the content validity? Appraisal and recommendations. **Journal of Nursing an Health**, [Internet], v. 30, p. 459-467, 2007. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654487. Acesso em: 16 nov. 2019.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 159-166, jul/set 2007.

TELES, A. A. S. et al. Mudanças físicas, psicossociais e os sentimentos gerados pela estomia intestinal para o paciente: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem, UFPE on line**,v.11, Supl. 2, p. 1062-1072, fev. 2017. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30879&indexSearch=ID. Acesso em: 16 nov. 2019.

TILDEN, V. P.; NELSON, C. A.; MAY, B. A. Use of qualitative methods to enhance content validity. **Nursing Research**, v. 3, n. 3, p. 172-175, 1990.

TURRA, V. et al. Protocolo de atendimento psicológico em saúde orientado para o problema. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 43, n. 4, p. 500-509, out./dez. 2012.

VEIT, M. T.; CARVALHO, V. A. Psico-Oncologia: um novo olhar para o câncer. **Mundo Saúde**, v. 34, n. 4, p. 526-530, 2010.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia,** v. 50, n. 1, p.55-63, 2004.

VIEIRA, F. S. et al. A vida durante o tratamento clínico da Doença de Crohn. **Revista de enfermagem, UFPE on line**, v. 6, n. 2, p. 288-296, Feb. 2012.

VIOLIN, R. M. I.; SALES, C. A. Experiências cotidianas de pessoas colostomizadas por câncer: enfoque existencial. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 12, n. 2, p. 278-286, 2010. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a08.htm. Acesso em: 16 nov. 2019.

ZHANG, J et al. Efects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustament of discharged colostomy patients. **Cancer Nursing**, v. 36, n. 6, p. 419-428, 2013.

WERTHMEIER, M. **Pequena História da Psicologia**. São Paulo: Ed. da Universidade de S. Paulo, 1972.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Chronic diseases**. Disponível em: <http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/>. Acesso em: 16 nov. 2019.

APÊNDICES

Questionário Sociodemográfico e Clínico do paciente com patologia colorretal crônica Nº_____

Data da entrevista:____/____/_____ Início: ___h___min Término:___h___min
Entrevistador:_____

SEÇÃO A: INFORMAÇÕES PESSOAIS
A1) Idade: _____ (anos completos)

Data de nascimento ___/___/___

A2) Sexo: ..... ☐

(1) Masculino (2) Feminino

A3) Etnia (autorreferida)..... ☐
(1) Branco
(2) Negro
(3) Pardo
(4) Outros:_____

A3) Com quem o Sr (a) mora:..... ☐☐

(1) sozinho
(2) somente com o cônjuge
(3) cônjuge e filho(s)
(4) cônjuge, filhos, genro ou nora
(5) somente com o filho(s)
(6) arranjos trigeracionais (mora o idoso, filhos e netos)
(7) arranjos intrageracionais (mora somente com outros idosos e o cônjuge)
(8) arranjos intrageracionais (somente com outros idosos)
(9) somente com os netos (sem filhos)
(10) não familiares
(11) Outro_____
(99) NS/NR

A4) Qual seu estado civil ? ☐☐
.....

(1) Solteiro(a)
(2) Casado(a)/Mora com um companheiro(a)
(3) Divorciado(a)/desquitado(a)/Separado(a)
(4) Viúvo(a)
(5) Outro_____
(99) NS/NR

A5) Quantos filhos vivos o Sr (a) tem? ____ ☐☐
(99) NS/NR.....

SEÇÃO B: PERFIL SOCIAL

B1) Escolaridade: ☐☐
.....

(66) Analfabetos
(77) Sabe ler/escrever

Anos de estudo_____
(99) NS/NR

B2) O(a) Sr(a) tem religião?..... ☐☐

(1) SIM (2) NÃO (99) NS/NR

B2a)Se sim, qual a religião?..... ☐☐

(1) católica
(2) evangélica
(4) outros_____
(88) NSA

(3) espírita (99) NS/NR

B3)O(a) Sr(a) trabalha atualmente? .....
(1) SIM (2) NÃO (99) NS/NR

B3a) Se sim, qual é a ocupação/profissão do Sr(a)?.....
(88) NSA (99) NS/NR

B3b)Qual a profissão do senhor(a), e atualmente está: .....
(1) Está desempregado(a) (4) Outro (especifique):_____
(2) É aposentado(a) (88) NSA
(3) É pensionista (99) NS/NR

B4) Qual(is) dessas rendas o Sr(a) tem?

(1) SIM (2) NÃO (99) NS/NR

B4a) Aposentadoria.....

B4b) Pensão .....

B4c) Aluguel .....

B4d) Salário do emprego atual.....

B4e) Doações(família, amigos, instituições) .....

B4f) Outras.....

B5) Qual a renda mensal do Sr(a)?_____(em reais)
(99) NS/NR

SEÇÃO C: CONDIÇÃO DE SAÚDE

C1) O que o Sr(a) está tratando nesta internação?.....

(99) NS/NR

C2)Há quanto tempo está em tratamento?.....

(99) NS/NR

C3) Já realizou tratamento para essa doença em outro momento de sua vida?.....

(1) SIM (2) NÃO (99) NS/NR

C3a) Se sim, qual?.....

(88) NSA (99) NS/NR

SEÇÃO D: DADOS DO PRONTUÁRIO MÉDICO
D1) Diagnóstico médico:.....

D2) Tempo de diagnóstico:_____(em meses)

(55)menos de 1 mês

(77)não há informação

D3) Tempo de tratamento:_____(em meses)

(55)menos de 1 mês

(77)não há informação

D4) Tipo de cirurgia realizada:_____
(77) não há informação
Pacientes com diagnóstico de câncer (D5 a D8)

D5) Estadiamento da doença: .....

(77)não há informação (88) NSA

D6) Presença de metástase.....

(1) SIM (2) NÃO (77) não há informação (88) NSA

D6a) Se sim, local da mestástase_____

D7) Presença de recidiva.....

(1) SIM (2) NÃO (77) não há informação (88) NSA

D8) Qual é a proposta terapêutica atual?.....
(77) não há informação (88) NSA

D9) Tratamentos prévios para doença atual.....
(1) Quimioterapia
(2) Radioterapia
(3) Anticorpos monoclonais
(4) Imunossupressor
(5) Outros_____
(88) NSA
(77) não há informação

D10) Outros diagnósticos médicos:.....
_____
_____
_____
_____

(0) nenhum (77) não há informação

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO DE DEMANDAS NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

Questionário- Etapa Quantitativa **Nº_____**
Questionário sobre demandas no pré-operatório

1) O médico lhe contou sobre a cirurgia que irá fazer? Não ( ) Sim ( )
Se sim, o que ele contou sobre a cirurgia?_____
_____
_____
_____

2) Os profissionais conversaram com o(a) senhor(a) sobre a cirurgia? ( ) Não ( ) Sim
Se sim, o que conversaram?_____
_____
_____
_____

3) Isso o ajudou? Não ( ) Sim ( )
Por que?_____
_____
_____
_____

4) O senhor(a) tem alguma coisa que gostaria de saber sobre a cirurgia? ( )Não ( ) Sim
Se sim , o que?_____
_____
_____
_____

5) O que o senhor(a) pensa sobre a cirurgia?
_____
_____
_____
_____

6) Se tivesse o atendimento do psicólogo antes da cirurgia, o senhor(a) acha que poderia lhe ajudar? ( ) Não ( ) Sim
Por que (Em quais aspectos)?_____
_____
_____

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO DE DEMANDAS NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Questionário- Etapa Quantitativa **Nº_____**
Questionário sobre demandas no pós-operatório

1) O senhor(a) acha que sua vida irá mudar depois da cirurgia? ( ) Não ( ) Sim
Por que?_____
_____
_____
_____
_____

2) Depois da cirurgia, o fato de ter a bolsinha/não ter a bolsinha, o que significou para o senhor(a)?
_____
_____
_____
_____

3) Depois da cirurgia, tem alguma que está incomodando o senhor(a)? ( )Não ( )Sim
Se sim, o que?_____
_____
_____
_____

4) O senhor(a) tem dúvida sobre como irá se cuidar a partir de agora? ( )Não ( )Sim
Se sim, quais as dúvidas?_____
_____
_____
_____

5) Se tivesse o atendimento do psicólogo após a cirurgia, o senhor(a) acha que poderia lhe ajudar? ( ) Não ( ) Sim
Por que (Em quais aspectos)?
_____
_____
_____
_____
_____

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA PARA COLETA DE DADOS DA ETAPA QUANTITATIVA

	Universidade de São Paulo **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**	
Protocolo para Coleta de Dados **Coleta de Dados da Etapa Quantitativa** Projeto de pesquisa: "Pacientes em tratamento cirúrgico por doenças colorretais crônicas: proposição e implementação e de protocolo de atendimento psicológico"		
Protocolo para Coleta de Dados- **Etapa Quantitativa**	Número de páginas: 3 Data elaboração: 17/04/2017	
Responsáveis pela coleta de dados: Pesquisador 1 – psicóloga e doutoranda responsável pela pesquisa. Pesquisador 2 – psicóloga e membro do grupo de estudo da reabilitação de pacientes cirúrgicos oncológicos.		
Funções dos pesquisadores: Pesquisador 1 – Coletar dados sobre o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico com utilização do instrumento padronizado e aplicar um questionário sobre necessidades psicológicas nos períodos pré e pós-operatório dos pacientes com doenças colorretais crônicas em tratamento cirúrgico com confecção de estomia. Supervisionar, orientar e realizar anotações dos dados coletados pelo pesquisador 2. Pesquisador 2 – Coletar dados sobre o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico com utilização do instrumento padronizado e aplicar um questionário sobre necessidades psicológicas nos períodos pré e pós operatório dos pacientes com doenças colorretais crônicas em tratamento cirúrgico com confecção de estomia.		
Com a coleta de dados dos dois pesquisadores e posteriormente com a análise dos resultados obtidos, acreditamos que alcançaremos os objetivos propostos para este trabalho.		

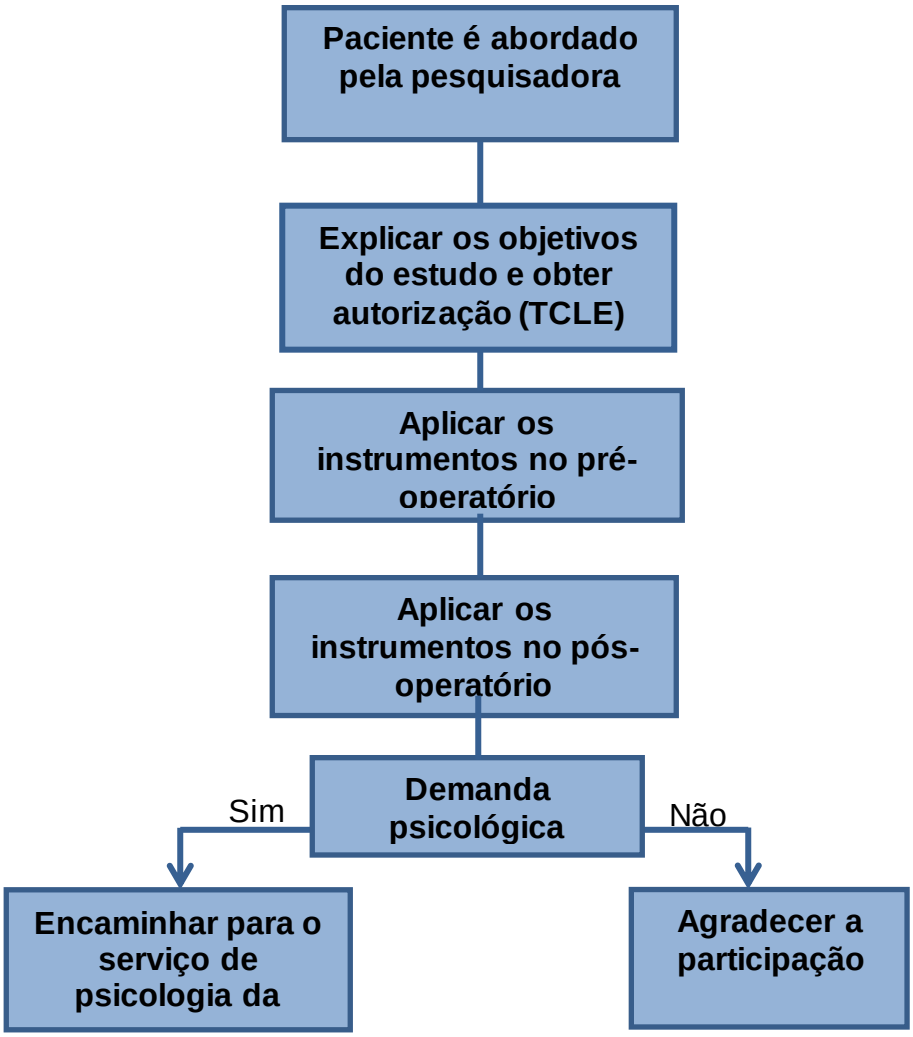
Objetivos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico, terapêutico e de utilização de estratégias de enfrentamento de pacientes com doenças colorretais crônicas em tratamento cirúrgico com confecção de estomia intestinal, em um hospital universitário paulista;
- Identificar as estratégias de enfrentamento e as demandas de suporte psicológico desta clientela no perioperatório;
- Analisar as estratégias de enfrentamento e as demandas de suporte psicológico de pacientes com doenças colorretais crônicas em tratamento cirúrgico com e sem confecção estomia intestinal.

Procedimento para a coleta de dados:

1. Consultar o sistema digital de informações da Enfermagem que contém dados atualizados dos pacientes internados na enfermaria, para verificar e selecionar os participantes, que contemplam os critérios de inclusão no estudo;
2. Informar ao enfermeiro da unidade sobre a coleta de dados e os respectivos pacientes para verificar a possibilidade da entrevista e não interferir na organização e dinâmica da coleta;
3. Apresentar-se ao paciente;
4. Explicar ao paciente os objetivos do estudo e verificar disponibilidade para a participação do estudo. Em caso de interesse de participação, solicitar a autorização formal, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
5. Aplicar os instrumentos do estudo (Miniexame do Estado Mental-MEEM/ Questionário sociodemográfico e clínico; e Questionário de investigação das demandas psicológicas no pré-cirúrgico);
6. E no pós-operatório: aplicar o Questionário de investigação das demandas psicológicas no pós-cirúrgico.
7. Encerrar a participação do paciente no estudo colocando o serviço à disposição;
8. Registrar os dados coletados nos instrumentos utilizados no estudo;
9. Checar o preenchimento de todos os dados dos instrumentos de coleta de dados;
10. Inserir os dados coletados no banco de dados, considerando a realização da dupla digitação.

FLUXOGRAMA DA COLETA DE DADOS



ANEXOS

ANEXO A - PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax. 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 316/2016, de 04.10.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 03 de outubro de 2016.

Protocolo CAAE: 58356416.2.0000.5393

Projeto: Pacientes em tratamento cirúrgico por patologias colorretais crônicas: proposição de protocolo de atendimento psicológico

Pesquisadores: Natália Michelato Silva
Helena Megumi Sonobe (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Helena Megumi Sonobe
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ETAPA: QUANTITATIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Etapa Quantitativa

TÍTULO DA PESQUISA: "Pacientes em tratamento cirúrgico por doenças colorretais crônicas: proposição e implementação de protocolo de atendimento psicológico"
Pesquisadora: Natália Michelato Silva nº USP 8426250; CRP- 06/98717.
Orientadora: Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe nº USP 844502; COREn-SP 50353.

Prezado(a) senhor(a),

Eu, Natália Michelato Silva, psicóloga, doutoranda do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo, desenvolvo o estudo "Pacientes em tratamento cirúrgico por doenças colorretais crônicas: proposição e implementação de protocolo de atendimento psicológico", sob a orientação da Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe – COREn 50353(SP). Gostaríamos de convidar você a participar deste estudo que tem por objetivo analisar as formas de enfrentamento dos pacientes com doenças colorretais em relação à cirurgia e o uso da bolsa de colostomia e verificar a necessidade do atendimento psicológico, durante a internação.

Caso concorde em participar, você responderá três questionários sobre informações sociodemográficas, dos tratamentos e as formas de enfrentamento, que terá uma duração de 40 minutos. Sua participação é voluntária, não está previsto nenhum gasto por você participar da pesquisa e também não receberá nenhum tipo de remuneração. Você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso prejudique o seu atendimento e tratamento neste hospital. Acreditamos que os riscos de sua participação neste estudo serão mínimos e poderão estar relacionados aos desconfortos emocionais durante a entrevista. Caso isto ocorra, a pesquisadora interromperá imediatamente a entrevista e realizará um acolhimento para escutá-lo e confortá-lo. Caso ainda apresente necessidade de atendimento psicológico, você será encaminhado para atendimento com o psicólogo da Unidade de Internação do 10º andar. Esclarecemos que será usado código numérico para manter o anonimato e sigilo de sua identificação.

Acreditamos que com os resultados deste estudo conseguiremos melhorar o atendimento psicológico para pacientes cirúrgicos com doenças colorretais durante o tratamento cirúrgico. Qualquer dúvida ou informação que necessitar, poderá entrar em contato conosco pelo telefone: (35) 9991613723; e-mail: natmichelato@yahoo.com.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo aprovou o projeto. O CEP é um órgão de caráter consultivo,

normativo, deliberativo e educativo, com instituído de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões ético-científicos.

Assim, se por acaso você tiver alguma dúvida ética, poderá entrar em contato com este Comitê de Ética de segunda a sexta-feira das 8 às 17h no endereço Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP ou pelo telefone (16) 3315 9197.

Os dados coletados serão analisados em conjunto, publicados e apresentados em eventos científicos.

Você deverá assinar duas vias deste documento, sendo que uma lhe será entregue, devidamente assinada pela pesquisadora responsável, e a outra será arquivada.

Agradeço pela sua colaboração.

Atenciosamente,

_____

Natália Michelato Silva- RG 13.622.247

Eu, _____, RG n.: _____, após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa e autorizo a utilização das informações para o presente estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

_____ _____

Assinatura do participante de pesquisa Data

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ETAPA: QUALITATIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Etapa Qualitativa

TÍTULO DA PESQUISA: "Pacientes em tratamento cirúrgico por doenças colorretais crônicas: proposição e implementação de protocolo de atendimento psicológico"
Pesquisadora: Natália Michelato Silva nº USP 8426250; CRP- 06/98717.
Orientadora: Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe nº USP 844502; COREn-SP 50353.

Prezado(a) senhor(a),

Eu, Natália Michelato Silva, psicóloga, doutoranda do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo, estou desenvolvendo o estudo "Pacientes em tratamento cirúrgico por doenças colorretais crônicas: proposição e implementação de protocolo de atendimento psicológico", sob a orientação da Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe – COREn 50353(SP). Gostaríamos de convidar você a participar desta pesquisa que tem o objetivo desenvolver as intervenções psicológicas aos pacientes com doenças colorretais e estabelecer um protocolo de atendimento perioperatório.

Caso concorde em participar, a pesquisadora fará duas entrevistas, sendo uma no pré-operatório e a outra no pós-operatório, sobre informações sociodemográficas e dos tratamentos, as formas de enfrentamento. Cada entrevista terá uma duração de até 50 minutos. Sua participação é voluntária, não está previsto nenhum gasto por você participar da pesquisa e também não receberá nenhum tipo de remuneração. Você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso prejudique o seu atendimento e tratamento neste hospital. Acreditamos que os riscos de sua participação neste estudo serão mínimos e poderão estar relacionados aos desconfortos emocionais durante a entrevista. Caso isto ocorra, a pesquisadora interromperá imediatamente a entrevista e realizará um acolhimento para escutá-lo e confortá-lo. Caso ainda apresente necessidade de atendimento psicológico, você será encaminhado para atendimento com o psicólogo da Unidade de Internação do 10º andar. Esclarecemos que será usado código numérico para manter o anonimato e sigilo de sua identificação. Se você se sentir prejudicado por ter participado desta pesquisa, você poderá buscar indenização de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Acreditamos que com os resultados deste estudo conseguiremos melhorar o atendimento psicológico para pacientes cirúrgicos com doenças colorretais durante o

tratamento cirúrgico. Qualquer dúvida ou informação que necessitar, poderá entrar em contato conosco pelo telefone: (35) 9991613723; e-mail: natmichelato@yahoo.com.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo aprovou o projeto. O CEP é um órgão de caráter consultivo, normativo, deliberativo e educativo, com instituído de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões ético-científicos.

Assim, se por acaso você tiver alguma dúvida ética, poderá entrar em contato com este Comitê de Ética de segunda a sexta-feira das 8 às 17h no endereço Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP ou pelo telefone (16) 3315 9197.

Os dados coletados serão analisados em conjunto, publicados e apresentados em eventos científicos e revistas científicas da área.

Você deverá assinar duas vias deste documento, sendo que uma lhe será entregue, devidamente assinada pela pesquisadora responsável, e a outra será arquivada.

Agradeço pela sua colaboração.

Atenciosamente,

_____

Natália Michelato Silva- RG 13.622.247

Eu, _____, RG n.: _____, após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa e autorizo a utilização das informações para o presente estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

_____ _____

Assinatura do participante de pesquisa Data