

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANDRÉ APARECIDO DA SILVA TELES

**Ansiedade, depressão e estresse percebido no perioperatório de pacientes  
com e sem estomização intestinal por câncer colorretal**

RIBEIRÃO PRETO  
2021

ANDRÉ APARECIDO DA SILVA TELES

**Ansiedade, depressão e estresse percebido no perioperatório de pacientes  
com e sem estomização intestinal por câncer colorretal**

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

Linha de Pesquisa: O cuidar de adultos e idosos

Orientadora: Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe

RIBEIRÃO PRETO  
2021

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.

Teles, André Aparecido da Silva

Ansiedade, depressão e estresse percebido no perioperatório de pacientes com e sem estomização intestinal por câncer colorretal/  
André Aparecido da Silva Teles; orientador: Helena Megumi Sonobe

130 p.:il.; 30 cm

Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Linha de pesquisa: O cuidar de adultos e idosos – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2021.

1.Ansiedade. 2.Depressão. 3.Angústia Psicológica. 4.Neoplasias colorretais. 5.Enfermagem perioperatória.

Nome: TELES, André Aparecido da Silva

Título: Ansiedade, depressão e estresse percebido no perioperatório de pacientes com ou sem estomização intestinal por câncer colorretal

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

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

*Dedico este trabalho à toda minha família e, em especial, aos pacientes da Coloproctologia, que foram e são a principal razão da realização deste trabalho!*

## AGRADECIMENTOS

*Em primeiro lugar, agradeço à Deus por ter chegado até aqui, por ter me dado forças, calma e serenidade.*

*Aos meus pais, em especial à minha mãe Maria da Graça, meu exemplo, minha inspiração e minha força para prosseguir. Agradeço por todo carinho, atenção e cuidados dedicados a mim, não só durante a realização deste trabalho, mas por toda a vida!*

*Às minhas irmãs Ana Cláudia e Ana Carolina, em especial à Ana Carolina, uma das minhas maiores inspirações na Enfermagem, saiba que muito desse trabalho se deve a você!*

*Aos meus avós Alcides e Benedita, meus apoiadores incondicionais! Esse trabalho também é a realização de um sonho da minha querida e amada “dona Nena”.*

*Aos meus sobrinhos-afilhados Isabela, Pedro Miguel, Sophie e meus afilhados Joaquim, João Ricardo e Antônio, vocês são as razões de meu viver... peço desculpas por toda ausência durante essa trajetória!*

*Aos meus amigos, aos que vieram e que se foram durante esta caminhada, que muitas vezes renunciaram à minha companhia em detrimento da realização deste sonho.*

*Aos colegas dos Grupos de Pesquisa, em especial à Antonio Correa Jr, Camila Horvath, Janderson Aguiar, Lívia Martins, Natália Michelato, Sara Rosado, Tatiana Russo, Vanessa Sasaki e Wagner Neves pela amizade, companheirismo, apoio e confiança.*

*A todos os alunos da Graduação, em especial à Isabella Brianez, Lorena Pantoni e Pedro Prates com quem tenho tido a oportunidade partilhar um pouco de meu conhecimento sobre a Enfermagem e sobre a vida.*

*À Enfermeira Karen Martins, pela ajuda durante o período de coleta. À Profa. Denise de Andrade, uma de minhas maiores inspirações e, com certeza, uma das maiores responsáveis por meu ingresso na Pós-graduação!*

*Aos docentes das disciplinas da EERP, em especial à Profa. Rosana A. S. Dantas, Profa. Andréa Bernardes, Profa. Cristina Galvão, Profa.*

*Marcia Ciol e Profa. Namie Okino Sawada, pela compreensão, amizade, carinho e toda ajuda e ensinamentos dispensados a mim.*

*Às Profas. Marislei S. Panobianco e Karina M. Dal Sasso pelas incansáveis e prazerosas conversas, ensinamentos, trocas de experiência sobre ciência e sobre a vida... E pelo abraço carinhoso de sempre!*

*Às Profas. Eliza Maria Dazio e Mary E. Santana, que mesmo à distância, compartilham seus conhecimentos e com quem pude partilhar momentos que ficarão gravados em minha memória!*

*À Profa. Carina Aparecida Marosti Dessotte, pela amizade, carinho, companheirismo, pelas incansáveis conversas, por todo conhecimento partilhado, oportunidades oferecidas e inestimável ajuda na condução do projeto e nas análises estatísticas! Gratidão!*

*Às Enfermeiras do Laboratório da EERP, em especial à Livia Garbin e Rosicler Xelegati, por todo conhecimento partilhado!*

*Aos meus colegas da Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas pela amizade, pelas conversas, pelo café rotineiro e carinho a mim dedicado.*

*Ao Corpo Clínico Clínica CECAM, em especial à memória do meu grande incentivador Dr. Ricardo Garcia e ao meu amigo Dr. Norberto Osaki, por nossas conversas sobre ciência e, especialmente, sobre a vida!*

*Aos colaboradores da Clínica CECAM Alice, Celma, Sheila, Simone, Suelen, Vanessa Rocha e, em especial, à minha amiga irmã Lúcia, por toda amizade e compreensão!*

*À equipe da Coloproctologia, em especial aos Professores Jose Joaquim Ribeiro da Rocha, Omar Feres e Marley Feitosa pelo conhecimento partilhado e receptividade!*

*Às Secretárias da Pós-Graduação, especialmente à Edilaine, Kethleen e Flávia, por sempre solucionar minhas dúvidas e todo o apoio necessário para a realização desse trabalho.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela subvenção à realização desse projeto.*

## *AGRADECIMENTO ESPECIAL*

*Agradeço especialmente à minha orientadora **Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe**, para mim um exemplo de pessoa e de profissional, sobre quem me faltam palavras para descrever sua imensa bondade, companheirismo e competência. Agradeço por sua orientação, por todo conhecimento partilhado, por sua amizade, confiança, oportunidades oferecidas, pela compreensão de minhas dificuldades durante minha trajetória no doutorado e por tudo que construímos juntos. Foi um imenso prazer ser seu orientando e tenho certeza de que veremos os frutos dessa parceria de sucesso! A você, toda minha Gratidão!*



*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma  
alma humana, seja apenas outra alma humana”  
Carl Gustav Jung (1875 – 1961)*

## RESUMO

TELES, A. A. S. **Ansiedade, depressão e estresse percebido no perioperatório de pacientes com e sem estomização intestinal por câncer colorretal.** 2021. 130f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

**Resumo:** Pacientes com câncer possuem maiores chances de apresentar sintomas de ansiedade, depressão e estresse traumático, em algum momento dos tratamentos antineoplásicos, quando comparados à população em geral, em decorrência do diagnóstico oncológico, dos tratamentos e suas repercussões físicas e psicoemocionais. Este estudo teve como objetivo geral avaliar os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido em pacientes na primeira cirurgia por câncer colorretal, segundo a presença ou ausência de estoma intestinal, no pré-operatório imediato, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar e como objetivos específicos investigar a associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com as variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas, em três momentos do perioperatório; e comparar os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido nos pacientes com CCR, segundo a presença ou ausência de estoma intestinal, em três momentos do perioperatório. Trata-se de um estudo observacional analítico, de coorte prospectiva, com amostra consecutiva, não probabilística, constituída por 73 pacientes, internados no Serviço de Oncologia Cirúrgica, de um hospital universitário público paulista (CAAE 83343818.7.0000.5393). As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador para a coleta de dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos, avaliação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com os instrumentos *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e *Brazilian Perceived Stress Scale* (BPSS-10). Na análise dos dados, utilizou-se o teste de *Friedman* para comparação sintomas de ansiedade, depressão, estresse percebido nos três momentos investigados, além dos testes de associação de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* e do teste de correlação de *Spearman*, conforme pertinência, adotando-se o nível de significância estatística de 5% ( $\alpha = 0,05$ ). Houve distribuição equitativa entre os sexos masculino e feminino, cuja média de idade foi de 61,8 anos; 60,3% possuíam companheiros; média de escolaridade de 7,2 anos e 78,1% inativos; ainda 78,1% possuíam um ou mais comorbidades associadas; IMC inadequado com predomínio de sobrepeso/obesidade, tanto nos adultos como nos idosos; 68,5% das neoplasias envolvendo regiões do sigmoide e reto; 89,1% adenocarcinoma moderadamente diferenciado; 58,9% estadiamentos III/IV; 86,3% com ausência de tratamento neoadjuvante; 35,6% com avaliação de risco cirúrgico ASA III/IV; 79,4% foram cirurgias de grande porte; 63% cirurgia com técnica convencional; 100% receberam a demarcação de estoma pré-operatória; 58,9% não necessitaram da confecção de estoma intestinal; no POM 79,5% apresentaram intercorrências gastrointestinais e 57,8% dor e o tempo médio de internação hospitalar foi de oito dias. Evidenciou-se nesta amostra, o efeito do tempo nos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido, além da forte correlação entre os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido nos três momentos investigados. Houve associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar com a confecção do estoma intestinal e a técnica cirúrgica utilizada. Nos pacientes com confecção de estoma intestinal, evidenciou-se mais sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no

primeiro retorno ambulatorial em relação ao pré-operatório e ao dia da alta hospitalar, com diferenças estatisticamente significantes. Os pacientes sem estoma intestinal apresentaram mais sintomas de ansiedade no pré-operatório e no primeiro retorno ambulatorial; mais sintomas de depressão e de estresse percebido no retorno ambulatorial, com diferenças estatisticamente significantes. Concluiu-se que pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR com ou sem confecção de estoma intestinal, apresentaram diferenças na presença de sintomas de ansiedade, depressão e de estresse percebido no pré-operatório, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar. Os resultados deste estudo constituirão a base para futuras comparações, destes pacientes durante a realização de outras terapêuticas, em diferentes fases da sobrevivência, bem como de estudos com delineamentos mais robustos para obtenção de evidências mais fortes. Acredita-se que estes resultados poderão contribuir na prática assistencial, com sua incorporação no planejamento de enfermagem perioperatória, bem como da equipe interprofissional, no contexto hospitalar do SUS, pelo seu ineditismo ao abordar estes sintomas em pacientes com CCR, em primeiro tratamento cirúrgico.

**Descritores:** 1. Ansiedade. 2. Depressão. 3. Angústia Psicológica. 4. Neoplasias colorretais. 5. Enfermagem perioperatória.

## ABSTRACT

TELES, A. A. S. **Anxiety, depression and perceived stress in the perioperative period of patients with or without intestinal ostomy due to colorectal cancer.** 2021. 130pp. Thesis (Doctorate) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

**Abstract:** Cancer patients are more likely to have symptoms of anxiety, depression and traumatic stress, at some point during antineoplastic treatments, when compared to the general population, due to cancer diagnosis, treatments and their physical and psycho-emotional repercussions. This study aimed to evaluate the symptoms of anxiety, depression and perceived stress in patients in the first surgery for colorectal cancer, according to the presence or absence of intestinal stoma, in the immediate preoperative period, on the day of hospital discharge and on the first outpatient return after hospital discharge. And it has as specific objectives to investigate the association of symptoms of anxiety, depression and perceived stress with sociodemographic, clinical and therapeutic variables, in three moments of the perioperative period; and to compare the symptoms of anxiety, depression and perceived stress in patients with CRC, according to the presence or absence of intestinal stoma, in three moments of the perioperative period. This is an observational analytical study, with a prospective cohort, with a consecutive, non-probabilistic sample, consisting of 73 patients, admitted to the Surgical Oncology Service, of a public university hospital in São Paulo (CAAE 83343818.7.0000.5393). The interviews were conducted by the researcher to collect sociodemographic, clinical and therapeutic data, to assess symptoms of anxiety, depression and perceived stress with the instruments Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Brazilian Perceived Stress Scale (BPSS-10). In the data analysis, the Friedman test was used to compare symptoms of anxiety, depression, perceived stress in the perioperative investigated moments, in addition to the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis association tests and the Spearman correlation test, as pertinence, adopting the level of statistical significance of 5% ( $\alpha = 0.05$ ). There was an equitable distribution between males and females, whose average age was 61.8 years; 60.3% have spouse ; average schooling of 7.2 years and 78.1% were economically inactive; 78.1% had one or more associated comorbidities; Deviated BMI with a predominance of overweight / obesity, both in adults and elderly; 68.5% of neoplasms involving sigmoid and rectum regions; 89.1% moderately differentiated adenocarcinoma; 58.9% staging III / IV; 86.3% with no neoadjuvant treatment; 35.6% with ASA III / IV surgical risk assessment; 79.4% were major surgeries; 63% surgery with conventional technique; 100% received preoperative demarcation of stoma; 58.9% did not need to make an intestinal stoma; in the MPP 79.5% dissipated gastrointestinal complications and 57.8% pain and the average hospital stay was eight days. It was evident in this sample, the effect of time on the symptoms of anxiety, depression and perceived stress, in addition to the strong correlation between the symptoms of anxiety, depression and perceived stress in the three investigated moments. There was an association of symptoms of anxiety, depression and perceived stress on the day of hospital discharge and on the first outpatient return, after hospital discharge with the making of the intestinal stoma and a surgical technique used. In patients with intestinal stoma, there were more symptoms of anxiety, depression and perceived stress in the first outpatient visit in relation to the preoperative and the day of hospital discharge, with statistically significant differences. Patients without intestinal stoma had anxiety symptoms in the preoperative period and in the first outpatient visit;

symptoms of depression and perceived stress were identified on outpatient return, with statistically significant differences. It was concluded that patients undergoing the first surgery for CRC with or without confection of intestinal stoma, presented differences in the presence of symptoms of anxiety, depression and perceived stress in the preoperative period, on the day of hospital discharge and on the first outpatient return, after hospital discharge. The results of this study will form the basis for future comparisons, of these patients during the performance of other therapies, in different stages of survival, as well as studies with more robust designs to obtain stronger evidence. It is believed that these results may contribute to the care practice, with its incorporation in the perioperative nursing planning, as well as the interprofessional team, in the brazilian public health sistem context, for its novelty in addressing these symptoms in patients with CRC, in the first surgical treatment.

**Descriptors:** 1. Anxiety. 2. Depression 3. Psychological Distress. 4. Colorectal Neoplasms. 5. Perioperative Nursing.

## RESUMEN

TELES, A. A. S. **Ansiedad, depresión y estrés percibido en el período perioperatorio de pacientes con o sin estoma intestinal por cáncer colorrectal.** 2021. 130h. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

**Resumen:** Los pacientes con cáncer tienen más probabilidades de presentar síntomas de ansiedad, depresión y estrés traumático, en algún momento durante los tratamientos antineoplásicos, en comparación con la población general, debido al diagnóstico del cáncer, los tratamientos y sus repercusiones físicas y psicoemocionales. Este estudio tuvo como objetivo evaluar los síntomas de ansiedad, depresión y estrés percibido en pacientes en la primera cirugía por cáncer colorrectal, según la presencia o ausencia de estoma intestinal, en el preoperatorio inmediato, en el día del alta hospitalaria y en el primer retorno ambulatorio, después del alta hospitalaria, y tiene como objetivos específicos investigar la asociación de síntomas de ansiedad, depresión y estrés percibido con variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas, en tres momentos del período perioperatorio; y comparar los síntomas de ansiedad, depresión y estrés percibido en pacientes con CCR, según la presencia o ausencia de estoma intestinal, en tres momentos del perioperatorio. Se trata de un estudio analítico observacional, con una cohorte prospectiva, con una muestra consecutiva, no probabilística, conformada por 73 pacientes, ingresados en el Servicio de Oncología Quirúrgica, de un hospital universitario público del interior de São Paulo (CAAE 83343818.7.0000.5393). Las entrevistas fueron realizadas por el investigador para recolectar datos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos, para evaluar síntomas de ansiedad, depresión y estrés percibido con los instrumentos Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y Brazilian Perceived Stress Scale (BPSS-10). En el análisis de los datos se utilizó la prueba de Friedman para comparar síntomas de ansiedad, depresión, estrés percibido en los momentos perioperatorios investigados, además de las pruebas de asociación de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis y la prueba de correlación de Spearman, como pertinencia, adoptando el nivel de significación estadística del 5% ( $\alpha = 0,05$ ). Hubo una distribución equitativa entre hombres y mujeres, cuya edad promedio fue de 61,8 años; 60,3% tiene cónyuge; escolaridad promedio de 7.2 años y 78.1% eran económicamente inactivos; 78,1% tenían uno o más comorbilidades asociadas; IMC desviado con predominio de sobrepeso/obesidad, tanto en adultos como en ancianos; 68,5% de las neoplasias que involucran regiones sigmoidea y recto; 89,1% adenocarcinoma moderadamente diferenciado; 58,9% estadificación III/IV; 86,3% sin tratamiento neoadyuvante; 35,6% con evaluación de riesgo quirúrgico ASA III/IV; 79,4% fueron cirugías mayores; 63% cirugía con técnica convencional; 100% recibió demarcación preoperatoria de estoma; 58,9% no necesitó realizar un estoma intestinal; en el PPM 79,5% disiparon las complicaciones gastrointestinales 57,8% dolor y la estancia hospitalaria promedio fue de ocho días. Se evidenció en esta muestra, el efecto del tiempo sobre los síntomas de ansiedad, depresión y estrés percibido, además de la fuerte correlación entre los síntomas de ansiedad, depresión y estrés percibido en los tres momentos investigados. Hubo asociación de síntomas de ansiedad, depresión y estrés percibido en el día del alta hospitalaria y en el primer retorno ambulatorio, después del alta hospitalaria con la realización del estoma intestinal y técnica quirúrgica empleada. En los pacientes con estoma intestinal, hubo más síntomas de ansiedad, depresión y estrés percibido en el primer retorno ambulatorio en relación con el preoperatorio y al día del alta hospitalaria, con diferencias estadísticamente

significativas. Los pacientes sin estoma intestinal presentaron síntomas de ansiedad en el período preoperatorio y en el primer retorno ambulatorio; los síntomas de depresión y estrés percibido se identificaron en el retorno ambulatorio, con diferencias estadísticamente significativas. Se concluyó que los pacientes sometidos a la primera cirugía por CCR con o sin confección de estoma intestinal, presentaron diferencias en la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés percibido en el período preoperatorio, en el día del alta hospitalaria y en el primer retorno ambulatorio, después del alta hospitalaria. Los resultados de este estudio serán la base para futuras comparaciones, de estos pacientes durante la realización de otras terapias, en diferentes etapas de supervivencia, así como estudios con diseños más robustos para obtener evidencias más fuertes. Se cree que estos resultados pueden contribuir en la práctica asistencial, con su incorporación en la planificación perioperatoria de enfermería, así como al equipo interprofesional, en el contexto del sistema de salud pública brasileño, por su nuevo abordaje de estos síntomas en pacientes con CCR, en el primer tratamiento quirúrgico.

**Descriptor:** 1. Ansiedad. 2. Depresión. 3. Estrés Psicológico. 4. Neoplasias Colorrectales. 5. Enfermería Perioperatoria

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Fluxograma do procedimento de coleta de dados.....61
- Figura 2** Fluxograma da seleção dos participantes do estudo.....67



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização sociodemográfica dos 73 participantes do estudo, segundo sexo, idade, situação conjugal, cor da pele, escolaridade e situação profissional. Ribeirão Preto, 2021.....	68
Tabela 2 -	Caracterização clínica dos 73 participantes do estudo, segundo presença de comorbidades, IMC e uso de medicações psicoativas no domicílio. Ribeirão Preto, 2021.....	69
Tabela 3 -	Caracterização clínica dos 73 participantes do estudo, segundo a localização da neoplasia, tipo histológico e estadiamento tumoral. Ribeirão Preto, 2021.....	71
Tabela 4 -	Caracterização clínica dos 73 participantes do estudo, segundo a realização de tratamento neoadjuvante. Ribeirão Preto, 2021.....	72
Tabela 5 -	Caracterização dos 73 participantes do estudo, segundo o tempo para início do tratamento, dias de pré-operatório, tempo total de internação e 1º retorno ambulatorial. Ribeirão Preto, 2021.....	72
Tabela 6 -	Caracterização dos 73 participantes do estudo, segundo a maior preocupação com a cirurgia. Ribeirão Preto, 2021.....	73
Tabela 7 -	Análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no pré-operatório, segundo o sexo, idade categorizada, situação conjugal, situação profissional e valores de probabilidade ( <i>p</i> ) associados ao teste de <i>Mann-Whitney</i> . Ribeirão Preto, 2021.....	74
Tabela 8 -	Análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no pré-operatório, segundo a presença de comorbidades, realização de tratamento neoadjuvante, uso de medicações psicoativas no domicílio, estadiamento do CCR e valores de probabilidade ( <i>p</i> ) associados ao teste de <i>Mann-Whitney</i> e <i>Kruskal-Wallis</i> . Ribeirão Preto, 2021.....	75
Tabela 9 -	Correlação entre os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no pré-operatório, com os respectivos valores de probabilidade ( <i>p</i> ) associados ao teste de correlação de <i>Spearman</i> . Ribeirão Preto, 2021.....	76

Tabela 10 -	Caracterização dos 73 participantes do estudo, segundo tipo de cirurgia realizada. Ribeirão Preto, 2021.....	76
Tabela 11 -	Caracterização dos participantes do estudo, segundo a confecção de estomia intestinal, tipo e localização da estomia. Ribeirão Preto, 2021.....	77
Tabela 12 -	Intercorrências registradas nos prontuários dos participantes do estudo durante o pós-operatório mediato. Ribeirão Preto, 2021....	78
Tabela 13 -	Análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido na alta hospitalar segundo o sexo, idade categorizada, situação conjugal e situação profissional, e valores de probabilidade ( <i>p</i> ) associados ao teste de <i>Mann-Whitney</i> . Ribeirão Preto, 2021.....	79
Tabela 14 -	Análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido na alta hospitalar segundo presença de intercorrências no POM, uso de psicotrópicos na internação, tipo de cirurgia, confecção de estoma intestinal e valores de probabilidade ( <i>p</i> ) associados ao teste de <i>Mann-Whitney</i> . Ribeirão Preto, 2021.....	80
Tabela 15 -	Correlação entre sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido na alta hospitalar, com os respectivos valores de probabilidade ( <i>p</i> ) associados ao teste de correlação de <i>Spearman</i> . Ribeirão Preto, 2021.....	81
Tabela 16 -	Caracterização dos 73 participantes no primeiro retorno ambulatorial segundo a presença de acompanhante, dificuldades, complicações cirúrgicas e dúvidas sobre o pós-operatório. Ribeirão Preto, 2021.....	82
Tabela 17 -	Análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no primeiro retorno ambulatorial segundo o sexo, idade categorizada, situação conjugal, situação profissional e valores de probabilidade ( <i>p</i> ) associados ao teste de <i>Mann-Whitney</i> . Ribeirão Preto, 2021.....	84
Tabela 18 -	Análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no primeiro retorno ambulatorial segundo a	

	ocorrência de dificuldades, complicações cirúrgicas e dúvidas no pós-operatório, uso de medicações psicoativas no domicílio, tipo de cirurgia, confecção de estomia intestinal e valores de probabilidade ( <i>p</i> ) associados ao teste de <i>Mann-Whitney</i> . Ribeirão Preto, 2021.....	<b>85</b>
Tabela 19 -	Correlação entre sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no pré-operatório, com os respectivos valores de probabilidade ( <i>p</i> ) associados ao teste de correlação de <i>Spearman</i> . Ribeirão Preto, 2021.....	<b>86</b>
Tabela 20 -	Caracterização dos 30 participantes estomizados no primeiro retorno ambulatorial segundo a ocorrência de dúvidas sobre os cuidados com o estoma no pós-operatório. Ribeirão Preto, 2021...	<b>87</b>
Tabela 21 -	Comparação das medianas dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no pré-operatório, dia da alta e no primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar e os valores de probabilidade ( <i>p</i> ) associados ao teste de <i>Friedman</i> . Ribeirão Preto, 2021.....	<b>88</b>
Tabela 22 -	Comparação das medianas dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido dos participantes com confecção de estoma intestinal no pré-operatório, dia da alta e no primeiro retorno ambulatorial, após alta hospitalar e os valores de probabilidade ( <i>p</i> ) associados ao teste de <i>Friedman</i> . Ribeirão Preto, 2021.....	<b>90</b>
Tabela 23 -	Comparação das medianas dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido dos participantes sem a confecção de estoma intestinal no pré-operatório, dia da alta e no primeiro retorno ambulatorial, após alta hospitalar e valores de probabilidade ( <i>p</i> ) associados ao teste de <i>Friedman</i> . Ribeirão Preto, 2021.....	<b>91</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AJCC</b>	<i>American Joint Committee on Cancer</i>
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>APA</b>	<i>American Psychiatric Association</i>
<b>ASA</b>	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
<b>ASCO</b>	Sociedade Americana de Oncologia Clínica
<b>BAI</b>	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
<b>BDI</b>	<i>Beck Depression Inventory</i>
<b>BCUSP</b>	Biblioteca Central USP Ribeirão Preto
<b>BPSS-10</b>	Brazilian Perceived Stress Scale
<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
<b>CC</b>	Centro Cirúrgico
<b>CCR</b>	Câncer Colorretal
<b>CES-D</b>	<i>Center for Epidemiological Studies-Depression</i>
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CINAHL</b>	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
<b>COVID-19</b>	<i>Corona Virus Disease</i>
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DCNT</b>	Doença Crônica Não Transmissível
<b>DD</b>	Doutorado Direto
<b>DE</b>	Diagnóstico de Enfermagem
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>DRS</b>	Divisão Regional de Saúde
<b>DSM-5</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
<b>EC</b>	Equipamento Coletor
<b>ENEM</b>	Exame Nacional do Ensino Médio
<b>EORTC-QLQ</b>	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>
<b>C30</b>	<i>Quality of Life Questionnaire Core-30</i>
<b>EQ-5D-3L</b>	<i>EuroQol 5-Dimensions 3-Levels</i>
<b>ESQ</b>	<i>Environmental Stressor Questionnaire</i>
<b>FAEPA</b>	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência

<b>FMRP</b>	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
<b>FO</b>	Ferida operatória
<b>GERPCO</b>	Grupo de Estudo de Reabilitação de Pacientes Cirúrgicos Oncológicos
<b>GIRq</b>	Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida
<b>GP</b>	Grupo de Pesquisa
<b>HADS</b>	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
<b>HCFMRP-USP</b>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
<b>IES-R</b>	<i>Impact of Events Scale Revised</i>
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>INCA</b>	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MOS</b>	<i>Medical Outcomes Study</i>
<b>NE</b>	Nível de Evidência
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PAE</b>	Programa de Aperfeiçoamento do Ensino
<b>PANAS</b>	<i>Positive and Negative Affect Schedule Short Form</i>
<b>PBE</b>	Prática Baseada em Evidências
<b>PCR</b>	Parada Cardiorrespiratória
<b>PEP</b>	Projeto de Extensão e Pesquisa
<b>PO</b>	Pós-operatório
<b>POI</b>	Pós-operatório Imediato
<b>POM</b>	Pós-operatório Mediato
<b>PROUNI</b>	Programa Universidade para Todos
<b>PubMed</b>	National Library of Medicine National Institutes of Health
<b>PWI-A</b>	<i>Personal Wellbeing Index–Adult</i>
<b>QLACS</b>	<i>Quality of Life in Adult Cancer Survivors</i>
<b>QOL-CA2</b>	<i>Quality of Life Scale- Cancer</i>
<b>QTX</b>	Quimioterapia Antineoplásica
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>RDC</b>	Resolução da Diretoria Colegiada
<b>RI</b>	Revisão Integrativa

<b>RT</b>	Radioterapia
<b>SF-36</b>	<i>Short Form 36</i>
<b>SIDA</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>SIICUSP</b>	Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP
<b>STAI</b>	<i>State Trait Anxiety Inventory</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UNIP</b>	Universidade Paulista
<b>URPA</b>	Unidade de Recuperação Pós-anestésica
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo
<b>VAS</b>	<i>Visual Analogue Scale</i>
<b>VLP</b>	Videolaparoscopia

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>25</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>36</b>
3.1	ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE PACIENTES COM CCR EM TRATAMENTO CIRÚRGICO .....	37
3.1.1	<b>Influência da cirurgia no desenvolvimento de ansiedade e depressão em pacientes com CCR</b> .....	<b>40</b>
3.1.2	<b>Necessidade de suporte interdisciplinar no perioperatório</b> .....	<b>42</b>
3.1.3	<b>Discussão</b> .....	<b>44</b>
3.2	O ESTRESSE EM PACIENTES COM CCR EM TRATAMENTO CIRÚRGICO .....	48
3.3	QUESTÕES DO ESTUDO E HIPÓTESES EXPLORATÓRIAS A SEREM TESTADAS .....	51
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>55</b>
4.1	OBJETIVO GERAL .....	56
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	56
<b>5</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>57</b>
5.1	ASPECTOS ÉTICOS .....	58
5.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	58
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	58
5.4	LOCAL DO ESTUDO .....	59
5.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	60
5.6	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	61
5.7	LINHA DO TEMPO REFERENTE AOS TRÊS MOMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	62
5.8	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	62
5.8.1	<b>Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica</b> .....	<b>63</b>
5.8.2	<b>Instrumento de avaliação de ansiedade e depressão</b> .....	<b>63</b>
5.8.3	<b>Instrumento de avaliação do estresse percebido</b> .....	<b>64</b>
5.9	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	64
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>66</b>

6.1	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	67
6.2	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA NO PRÉ-OPERATÓRIO .....	68
6.3	RELAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE PERCEBIDO NO PRÉ-OPERATÓRIO COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS .....	73
6.4	CARACTERIZAÇÃO CIRÚRGICA DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	76
6.5	RELAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE PERCEBIDO NA ALTA HOSPITALAR COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS .....	79
6.6	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO NO PRIMEIRO RETORNO AMBULATORIAL APÓS A ALTA HOSPITALAR .....	81
6.7	RELAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE PERCEBIDO NO PRIMEIRO RETORNO AMBULATORIAL COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS .....	83
6.8	COMPARAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE PERCEBIDO NO PRÉ-OPERATÓRIO, NO DIA DA ALTA HOSPITALAR E NO PRIMEIRO RETORNO AMBULATORIAL APÓS A ALTA HOSPITALAR .....	88
6.9	COMPARAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE PERCEBIDO ENTRE OS PARTICIPANTES COM A CONFECÇÃO DE ESTOMA INTESTINAL NO PRÉ-OPERATÓRIO, NO DIA DA ALTA HOSPITALAR E NO PRIMEIRO RETORNO AMBULATORIAL, APÓS A ALTA HOSPITALAR .....	89
6.10	COMPARAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE PERCEBIDO ENTRE OS PARTICIPANTES SEM A CONFECÇÃO DE ESTOMA INTESTINAL NO PRÉ-OPERATÓRIO, NO DIA DA ALTA HOSPITALAR E NO PRIMEIRO RETORNO AMBULATORIAL, APÓS A ALTA HOSPITALAR .....	91
7	<b>DISCUSSÃO</b> .....	93



<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>103</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>106</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>108</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>119</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>126</b>



A minha história com os pacientes cirúrgicos caminha juntamente com a minha história na Enfermagem. Em 2005 me formei como auxiliar de Enfermagem, um sonho adiado algumas vezes e muito incentivado por minha mãe. Na ocasião, fui admitido na Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto para o meu primeiro emprego na profissão, sendo contratado para trabalhar no Centro Cirúrgico (CC).

Era tudo muito novo, um setor cheio de peculiaridades, mas apaixonante! A minha única frustração era o mínimo contato com o paciente, pois, muitas vezes, depois de encaminhar os pacientes à recuperação anestésica, era impossível acompanhar a recuperação destes pacientes e os desfechos das cirurgias realizadas.

Em 2006, fui aprovado em concurso público no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e, para minha surpresa, a vaga era para a Unidade de Internação Cirúrgica do 10º andar. Neste setor, eu pude ter uma maior convivência com o paciente cirúrgico, minha grande motivação para a realização desse estudo.

No 10º andar, tínhamos leitos das especialidades Gastrocirurgia; Coloproctologia; Vascular, Geral e Torácica; e Urologia; além de leitos de convênio da Clínica Civil, onde internavam pacientes de todas as especialidades, porém minha maior proximidade e afinidade sempre foi com os pacientes da Coloproctologia.

Em 2008, após realizar o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), fui contemplado pelo Programa Universidade para Todos (PROUNI) com uma bolsa de estudos integral para o curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Paulista (UNIP), onde iniciei meus estudos no ano de 2009, concomitantemente com meu trabalho no 10º andar.

Com a convivência contínua com os pacientes da Coloproctologia, a repercussão psicoemocional da estomização para o paciente sempre foi uma preocupação para mim. Assim, no meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) abordei o impacto, os sentimentos e o significado da estomia intestinal para a pessoa com estomia, defendido em 2012 para a conclusão do Curso de Bacharel em Enfermagem. Além da estomização, na minha prática diária com estes pacientes passei a observar outras repercussões psicoemocionais decorrentes do processo cirúrgico como um todo.

No ano de 2013, em uma conversa informal sobre minhas inquietações com a minha orientadora Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe, surgiu o convite para frequentar as reuniões do Grupo de Estudo de Reabilitação de Pacientes Cirúrgicos

Oncológicos (GERPCO) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Desde então, frequento as reuniões do Grupo, além de participar como monitor das atividades do Projeto de Extensão e Pesquisa “Aprendendo com o ensino de pacientes estomizados e seus familiares”, que acontecia justamente no 10º andar com os pacientes da Coloproctologia e atendia pacientes com doenças colorretais crônicas, em tratamento cirúrgico.

Passei, também, a realizar a demarcação pré-operatória do local do estoma, após a capacitação oferecida por minha orientadora, procedimento que é direito de toda pessoa candidata à estomização e que constitui um cuidado fundamental para a prevenção de complicações pós-operatórias de estoma e de pele periestoma, favorecendo o alcance da reabilitação destes pacientes. Ainda, torna-se um momento para acolhimento e esclarecimentos de dúvidas sobre a cirurgia e suas consequências, sendo que o estoma é considerado principal pelos pacientes e seus familiares, vinculado ao ensino pré-operatório e ao encaminhamento do paciente para o Programa de Ostomizados.

A participação das reuniões do Grupo de Pesquisa (GP); em conjunto com as atividades do Projeto de Extensão e Pesquisa (PEP); acrescida de minha experiência clínica pela proximidade e interesse pela assistência aos pacientes cirúrgicos oncológicos; o momento da demarcação pré-operatória; além das constantes conversas com a minha orientadora me faziam refletir e aguçavam para a busca de melhor entendimento sobre o contexto destas repercussões emocionais para estes pacientes. Foi, então, que no final de 2013, nasceu a ideia deste projeto, como uma proposta para a pós-graduação *stricto sensu*, nível Doutorado Direto.

Além da elaboração do projeto, foram desenvolvidas atividades de pesquisa e de extensão, com elaboração de artigos científicos, tanto do GP como do meu TCC, que foi publicado, assim como elaboração de resumos e participação em eventos científicos e palestras. Cursei disciplinas da pós-graduação como aluno especial e pude participar de um momento singular para minha formação, a implantação da 1ª turma da Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) em 2016, coordenado pela minha orientadora, onde pude auxiliar às enfermeiras residentes em sua capacitação na demarcação pré-operatória e cuidados com os pacientes recém estomizados.

Em março de 2016, fui aprovado no processo seletivo para o DD e, desde então, tenho dado continuidade a esta série de atividades, além de disciplinas cursadas e das atividades específicas para a realização deste projeto. Pude, também, participar por cinco vezes do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino (PAE), momento ímpar para a capacitação docente, além de contribuir como avaliador dos TCCs dos cursos de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem e dos Trabalhos do Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP (SIICUSP), realizado em Ribeirão Preto/SP.

Além disso, tive a oportunidade de atuar como revisor de periódicos arbitrados, palestrante nas temáticas de estudo e colaborador em diversos artigos científicos publicados pelo GP. Atualmente, tenho atuado também como membro do Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida (GIRq), como pesquisador colaborador em projetos multicêntricos subvencionados, o que proporcionou grande imersão no meio científico e, com isto, crescimento e ampliação da visão em relação à formação em pesquisa. Ainda, no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer, tenho atuado como docente e preceptor, o que agregou experiências importantes em relação à formação de recursos humanos nesta vertente.

Este conjunto de atividades realizadas, além da formação em pesquisa, subsidiaram o embasamento para o desenvolvimento desta tese, cuja ideia nasceu e se fortificou durante a minha vivência e experiência com estes pacientes. Espero fortemente que os resultados deste estudo possam contribuir para a melhoria da prática clínica e da assistência dos pacientes cirúrgicos com CCR.



O câncer, dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tem se configurado como um dos mais incidentes e representa um problema epidemiológico em destaque, cuja estimativa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) indica 626.030 novos casos de neoplasia maligna para cada ano do triênio 2020/2022 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

O câncer colorretal (CCR) engloba tumores localizados no intestino grosso (cólon) e/ou o reto, sendo o terceiro tipo de câncer mais frequente no mundo e a segunda causa de morte em países desenvolvidos, cuja expectativa é de 1,1 milhão de mortes globalmente até 2030, com maior incidência na faixa etária entre 50 e 70 anos. Contudo, pessoas com faixa etária até 50 anos também têm apresentado este diagnóstico (ARNOLD et al., 2017; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

A estimativa do INCA indica 41.010 casos novos de CCR no Brasil para cada ano do triênio 2020/2022, com projeção de 20.540 para o sexo masculino e 20.470 para o feminino, correspondendo a um aumento de 12,8% em relação à estimativa de 2018/2019 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA).

Esta neoplasia é considerada de bom prognóstico, desde que seja identificada nos estágios iniciais e as mulheres têm apresentado menor taxa de mortalidade em comparação aos homens, além de maior período de sobrevivência (APPLETON et al., 2013).

O diagnóstico é estabelecido por análise histopatológica do tecido tumoral, que pode ser retirado cirurgicamente ou durante a colonoscopia. A maioria dos tumores é originária de pólipos adenomatosos, que se constitui de células benignas, com probabilidade de atingir grau de malignidade ao longo do tempo, a depender de vários fatores predisponentes como hábitos de vida e condições genéticas. O tipo histopatológico mais comum é o adenocarcinoma, que pode ser classificado em três diferentes graus de diferenciação: Grau I - bem diferenciado; Grau II - moderadamente diferenciado; e Grau III - mal diferenciado (BRASIL, 2012, 2014; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

Entretanto, a sobrevivência para este tipo de neoplasia está relacionada ao diagnóstico precoce, a localização e ao estadiamento tumoral. Os tratamentos indicados são a radioterapia, a quimioterapia antineoplásica e a cirurgia oncológica,

isoladas ou em associação, o que indica a complexidade da assistência à saúde desta clientela. Estes tratamentos podem ter indicação curativa ou paliativa (BRASIL, 2012, 2014; COMELLA et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2010).

Tanto para o câncer de colón como o de reto, a abordagem cirúrgica continua sendo a principal alternativa terapêutica. Esta abordagem depende da localização anatômica da lesão oncológica, exigindo, muitas vezes, a ressecção ampla de alça intestinal e do tecido linfático adjacente, como medida preventiva para metástases. As cirurgias oncológicas podem gerar consequências mutilatórias, com perdas funcionais e anatômicas, sendo que a mais temida por estes pacientes é o estoma intestinal. Este é confeccionado com a exteriorização da porção do intestino delgado ou do intestino grosso, através da parede abdominal, denominadas respectivamente de ileostomia e colostomia, para possibilitar a eliminação do conteúdo intestinal. Em relação à temporalidade do estoma, esta pode ser temporária ou permanente (BRASIL, 2012, 2014; ROCHA, 2011; TELES et al., 2017; WU, 2012; ZHAO et al., 2020).

As técnicas cirúrgicas propostas são classificadas como de grande porte, pois há abertura de cavidade abdominal, possibilidade de grande perda de fluídos e sangue, maior risco cirúrgico devido ao comprometimento do estado clínico do paciente oncológico, maior tempo cirúrgico e de anestesia (ROCHA, 2011; WU, 2012).

O resultado do tratamento cirúrgico depende do preparo físico e psicossocial do paciente no pré-operatório, onde muitas vezes são revelados os diversos sentimentos que podem elevar o nível de estresse, ansiedade e medo, relacionados à anestesia e ao próprio procedimento e ambiente cirúrgico, às preocupações com o risco de morte, às possíveis alterações na imagem corporal e de mudanças no estilo de vida (APPLETON et al., 2013; COMELLA et al., 2010; PEREIRA et al., 2016; SJÖVALL et al., 2011; SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002; TELES et al., 2017).

Estudos indicam que o diagnóstico de câncer gera insegurança, temor, sintomas psicológicos como angústias, medos e estresse, que resultam na modificação da relação interpessoal e social, com focalização para as possíveis dificuldades. A mutilação, finitude, incerteza do futuro e perda de capacidades para prover cuidados a si e aos familiares, bem como a perda do seu papel social são vinculadas à doença oncológica (GASTON; MITCHELL, 2005; PEREIRA et al., 2016; SONG et al., 2020; SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002; TELES et al., 2017).



Sentimentos como estes podem interferir no enfrentamento do paciente em relação ao tratamento cirúrgico para a resolução do seu problema de saúde, pois podem perdurar durante e após o tratamento, influenciando a sua vida cotidiana e de sua família. O impacto desta situação, muitas vezes, é decorrente da postura adotada pelos profissionais de saúde, que pode ser ainda mais agravada quando há o fornecimento abrupto do real diagnóstico ou falta de clareza pela utilização de terminologia científica e pouco investimento dos profissionais no relacionamento com o paciente (GASTON; MITCHELL, 2005; PEREIRA et al., 2016; SONG et al., 2020; SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002; TELES et al., 2017).

Worster e Holmes (2008) investigaram a experiência do paciente cirúrgico no pós-operatório (PO) sobre o momento da comunicação da notícia do diagnóstico pela equipe médica, que foi encarado como um choque por envolver uma doença oncológica, despertando sensação de descrença e de perda de controle em um primeiro momento, com surgimento de sentimentos de incerteza em relação ao futuro e ao prognóstico, além do medo da finitude.

Um estudo realizado nos Estados Unidos, verificou que os diagnósticos médicos são revelados em situações de impessoalidade, muitas vezes, por telefone ou na proximidade de outros pacientes, o que indica pouca preocupação com a reação do paciente, no momento desta revelação, assim como da indicação da cirurgia oncológica. Características como grau de instrução formal e idade do paciente influenciam o conhecimento sobre o diagnóstico, o entendimento e as reações sobre a experiência de adoecimento (FIGG et al., 2010).

Há diferentes reações de pacientes e seus familiares, pois apesar da expectativa destes de que esta situação será passageira, torna-se altamente estressante. Neste momento, os profissionais de saúde, principalmente da equipe de enfermagem, devem estar atentos, pois estes aspectos poderão influenciar o processo de enfrentamento da doença e de adesão ao tratamento. O enfermeiro pode estabelecer uma interação terapêutica e dialógica para oferecer o suporte profissional, considerando as necessidades individuais do paciente, com identificação do entendimento deste sobre a sua situação e a necessidade da cirurgia de ressecção intestinal com confecção de ileostomia ou colostomia (APPLETON et al., 2013; LENZA et al., 2015; PEREIRA et al., 2016; SJÖVALL et al., 2011; SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002).

O estudo realizado por Landers, Mccarthy e Savage (2012), sobre a experiência dos pacientes com CCR, revelou que o aparecimento dos sintomas pré-operatórios os impedia de realizar atividades sociais, por se sentirem constrangidos com a eliminação de flatos e alterações dos hábitos intestinais, gerando ansiedade e angústias. Destacaram, ainda, que a atividade de ensino com pacientes, desenvolvido pela enfermeira neste período, contribuiu para melhor esclarecimento e conforto.

Sjövall e colaboradores (2011) investigaram a situação vivenciada pelo paciente com CCR e seus familiares, após a descoberta do diagnóstico avançado. Para estes pacientes, a descoberta da doença trouxe sensação de incerteza e de insegurança sobre o seu diagnóstico, que diminuíram com o início do tratamento por se sentirem novamente com o controle da sua vida, bem como incluídos no sistema de saúde. Esta experiência de descoberta do diagnóstico os fez compreender sobre a sua vulnerabilidade e fortaleceu os laços familiares. O aspecto financeiro mudou significativamente pelo afastamento das atividades laborais após adoecimento, assim como o relacionamento conjugal, em função do tratamento e de suas consequências.

O enfermeiro pode estabelecer uma relação terapêutica para determinar as necessidades destes e individualizar a assistência prestada, ao acompanhar o paciente e a família, desde o momento da comunicação pela equipe médica sobre a cirurgia oncológica e de suas possíveis consequências. O estabelecimento das necessidades desta clientela possibilita o oferecimento de suporte profissional pelo enfermeiro para informar, esclarecer dúvidas e encorajá-los durante o período de hospitalização e para o enfrentamento do tratamento cirúrgico, com vistas à reabilitação deste paciente e de sua família (APPLETON et al., 2013; LENZA et al., 2015; MARTINS et al., 2015; PEREIRA et al., 2016; SASAKI et al., 2017; SJÖVALL et al., 2011; SONOBE; BARICHELO; ZAGO, 2002; SOUZA et al., 2010; WORSTER; HOLMES, 2008).

No hospital universitário, no qual temos inserção e onde estudo foi desenvolvido, o paciente com diagnóstico de CCR, geralmente tem a definição da internação no dia da consulta ambulatorial, que ocorre às quintas-feiras, após a checagem do resultado da biópsia pela equipe, com indicação do tratamento cirúrgico. Inicia-se então, um processo rápido e com muitos acontecimentos sucessivos para o paciente, envolvendo a internação hospitalar e as rotinas da instituição, o convívio e o conhecimento de novas pessoas, quer sejam outros pacientes e seus

acompanhantes, profissionais médicos e de enfermagem, além dos profissionais dos serviços de apoio.

São realizados exames de rotinas (radiografia, eletrocardiograma e de fluidos corporais) e especializados (colonoscopia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, quando necessário), além do preparo físico específico para a cirurgia, que envolve o preparo colônico.

É dada prioridade para a realização dos exames especializados como a colonoscopia, a tomografia computadorizada e, muitas vezes, ressonância magnética, pois estes possibilitarão o planejamento cirúrgico pela equipe cirúrgica, assim como o tratamento adjuvante. Contudo, esta fase pode ser muito estressante para o paciente e a enfermagem pode oferecer suporte profissional para o enfrentamento da realização destes exames e do preparo cirúrgico pelo paciente. Estes procedimentos podem causar desconforto físico e psicológico, por envolver exposição corporal de regiões íntimas e pelo preparo colônico, que pode exigir maior esforço físico (APPLETON et al., 2013; SJÖVALL et al., 2011; ROCHA, 2011).

A visita da equipe médica na enfermaria cirúrgica ocorre nas sextas-feiras, com participação do enfermeiro, dos residentes de enfermagem do Programa Multiprofissional em Atenção ao Câncer, da nutricionista e da psicóloga, além dos alunos de graduação da medicina e da enfermagem. Nestas visitas são apresentadas, pelos residentes da medicina, as sínteses dos casos dos pacientes internados, com discussão breve como uma etapa inicial para subsidiar a discussão da equipe para a definição do planejamento cirúrgico da semana subsequente. Com a definição deste planejamento ao final da manhã, a equipe cirúrgica realiza a comunicação da necessidade da cirurgia oncológica, bem como explicações sobre as consequências e as possibilidades para os pacientes e acompanhantes. Além disso, a equipe médica fornece o termo de consentimento, específico para a realização da cirurgia de ressecção intestinal.

Para o enfermeiro, a indicação de ressecção intestinal com provável confecção de estoma para um paciente, gera a necessidade de intervenções específicas no pré-operatório como a demarcação de estoma intestinal, que visa assegurar a localização mais apropriada do estoma para favorecer o autocuidado e a retomada das atividades cotidianas, com redução de complicações pós-operatórias, principalmente prolapso, hérnia paraestomal e lesões de pele. Esta demarcação deverá estar vinculada ao ensino sobre a cirurgia e suas consequências, além do preparo físico e de

esclarecimentos de dúvidas do paciente e família. No pós-operatório, as intervenções serão o ensino do autocuidado em relação ao estoma e equipamentos coletores para paciente e família, indicação de equipamento coletor e de adjuvantes no encaminhamento para o Programa de Ostomizados. Contudo, a efetividade da intervenção do enfermeiro está relacionada com a condição física, cognitiva, psicossocial e a capacidade de enfrentamento do adoecimento e do tratamento deste paciente e da família (APPLETON et al., 2013; COMELLA et al., 2010; LENZA et al., 2015, PEREIRA et al., 2016; SJÖVALL et al., 2011; SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002).

A localização do estoma deve ser posicionada, considerando-se o músculo reto-abdominal, o local da possível incisão cirúrgica, em geral, na linha média da parede abdominal. Isso implica na demarcação com um mínimo de cinco centímetros de distância das proeminências ósseas, como o rebordo costal e a crista ilíaca, assim como da cicatriz umbilical e de pregas cutâneas. O paciente deve ser posicionado sempre que possível, deitado, sentado e de pé. Este deverá visualizar com facilidade o local, onde possivelmente será confeccionado o estoma, pois isto facilitará o autocuidado. Após a verificação do local mais adequado bilateralmente no abdome, o enfermeiro deve realizar uma marca, que permaneça intacto até o momento da cirurgia. Atualmente, recomenda-se a utilização de uma caneta cirúrgica, cuja tinta possui secagem rápida e à prova d'água e aos líquidos degermantes, para marcar o local considerado adequado para a confecção do estoma intestinal, após a avaliação do enfermeiro-estomaterapeuta (PITTMAN, 2011; ROCHA 2011).

Considerando esta gama de acontecimentos rápidos e simultâneos, que ocorrem com o paciente com CCR em tratamento cirúrgico, foram estabelecidas as seguintes questões: Os pacientes com CCR, que serão submetidos às cirurgias de ressecção intestinal, apresentam sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no perioperatório? Há diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e estresse percebido entre os pacientes submetidos às cirurgias de ressecção intestinal por CCR, com e sem a confecção de estoma intestinal?

Ao refletir sobre as situações clínicas destes pacientes com CCR, consideramos que investigar sobre a experiência na perspectiva daquele que vive o processo de adoecimento oncológico e do tratamento cirúrgico, com possíveis consequências mutilatórias, subsidiará a melhoria do suporte especializado da equipe multiprofissional para esta clientela no perioperatório.



### 3.1 ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE PACIENTES COM CCR EM TRATAMENTO CIRÚRGICO

A seguir, abordaremos conceitualmente a ansiedade e a depressão em pacientes com CCR em tratamento cirúrgico.

Estudos evidenciaram que pacientes com diagnóstico de câncer, de uma forma geral, tem quase o dobro de chance de apresentar as comorbidades ansiedade e depressão quando comparados à população em geral. Dentre o adoecimento oncológico, destaca-se o CCR, como um dos tipos de câncer de maior incidência, que pode gerar estas comorbidades (ALACACIOGLU et al., 2010; ANDERSEN et al., 2014; HINZ et al., 2010; TUNG et al., 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2017), a depressão atinge cerca de 300 milhões de pessoas no mundo e é a principal causa de problemas de saúde e de incapacidade na população geral no mundo. Ainda, define a depressão como “um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza persistente e uma perda de interesse por atividades que as pessoas normalmente gostam, acompanhadas por uma incapacidade de realizar atividades diárias por 14 dias ou mais”. Podem apresentar sintomas como fadiga; alterações no apetite e no sono; ansiedade; concentração reduzida; indecisão; inquietação; sentimentos de inutilidade, culpa ou desesperança; além de pensamentos de autolesão ou suicídio.

Estudos nacionais e internacionais apontaram que a depressão tem sido o sintoma psicológico frequente em pacientes em tratamentos antineoplásicos, sendo que 24 a 44% dos pacientes com CCR apresentam depressão em algum momento do tratamento (AKYOL et al., 2015; SANTOS et al. 2014; TUNG et al., 2016, ZHAO, 2020). Esta alta prevalência de depressão entre estes pacientes se deve ao próprio diagnóstico oncológico, ao estadiamento da doença, às terapêuticas realizadas (cirurgia associada ou não à quimioterapia antineoplásica (QTX) e/ou à radioterapia (RT), como tratamentos adjuvantes ou neoadjuvantes) e suas repercussões físicas e psicológicas como dor, fadiga, mal-estar, alopecia, náuseas e vômitos, incontinência, além do medo constante da morte, de recidivas, da possibilidade de estomização e da necessidade de mudanças (ALACACIOGLU et al., 2010; CARDOSO et al., 2015; HINZ et al., 2009; LENZA et al., 2015; MARTINS et al., 2015; SORIANO et al., 2013; TUNG et al., 2016).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (2014) da *American Psychiatric Association* (APA), a ansiedade é definida como “a antecipação de ameaça futura, sendo mais frequentemente associada à tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva”. É caracterizada por sentimentos de tensão, pensamentos incômodos e recorrentes, alterações físicas como o aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, suor, tremores e tonturas.

Alguns estudos indicaram que o diagnóstico oncológico associado aos sentimentos de incerteza, finitude e morte; aos tratamentos propostos e suas consequências; à cirurgia oncológica e seus desfechos; ao medo da dor; ao preparo pré-operatório; aos exames especializados invasivos e desconfortáveis, acrescido da possibilidade de estomização, podem gerar ansiedade, tanto nos pacientes com CCR como em seus familiares (CARDOSO et al., 2015; LENZA et al., 2015; MARTINS et al., 2015; SILVA et al., 2017).

Portanto, para pacientes com CCR, o tratamento cirúrgico pode gerar as comorbidades ansiedade e depressão, com repercussões fisiológicas e psicoemocionais, influenciando sua recuperação pós-operatória. Considerando a escassez de estudos sobre ansiedade e depressão em pacientes com CCR em tratamento cirúrgico no contexto hospitalar e, para subsidiar a realização deste estudo, foi realizada a Revisão Integrativa da Literatura (RI) sobre ansiedade e depressão em pacientes com CCR em tratamento cirúrgico.

A RI, fundamentada na Prática Baseada em Evidências (PBE) busca analisar as evidências científicas, no caso, a ansiedade e a depressão em pacientes com CCR em tratamento cirúrgico. Esta análise aproxima a prática clínica das mais recentes e melhores evidências científicas sobre determinado tema, contribuindo para assegurar que os pacientes recebam os cuidados mais qualificados na assistência à saúde, para o alcance dos melhores resultados (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

Na enfermagem, há a possibilidade de incorporação de novos conhecimentos à prática clínica para a obtenção de resultados que beneficiem, tanto o paciente como familiares, com melhoria da assistência como um todo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOARES et al., 2014). Além disso, com a síntese do estado do conhecimento sobre uma temática é possível definir lacunas de conhecimento, que podem ser exploradas por novos estudos; e subsidiar a tomada de decisões na prática

clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOARES et al., 2014; STILLWELL et al., 2010).

Para o desenvolvimento da RI, preconiza-se seis etapas: identificação do problema com definição da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e/ou exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas com categorização da amostra; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento produzido (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOARES et al., 2014).

Para a realização dessa RI, de acordo com as etapas já descritas, delimitou-se o tema e elaborou-se a questão de pesquisa da RI com a utilização da estratégia PICO, proposta por Stone (2002), onde P= participantes, I= intervenção, C= comparação e O= desfecho. Para este estudo, P= pacientes com CCR, I= tratamento cirúrgico, C= não há comparação O= ansiedade e depressão. Desta forma, a questão elaborada foi: “Quais as evidências científicas sobre a ansiedade e depressão em pacientes com CCR em tratamento cirúrgico?”.

A busca foi realizada nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), nos meses de fevereiro e março de 2018, na Biblioteca Central USP Ribeirão Preto (BCUSP).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: estudos primários, publicados no período de 2008 a 2018, nos idiomas português, inglês e espanhol e disponíveis na íntegra por acesso digital. Os critérios de exclusão adotados foram: estudos secundários, produções científicas em formato de cartas, editoriais, relatos de experiência, dissertações e teses, estudos de caso e estudos primários com crianças e/ou adolescentes, sendo que para a realização da busca, foram utilizados descritores controlados e não controlados (palavras-chave), que resultou na amostra de oito artigos científicos.

A amostra da RI foi discutida em duas temáticas: “Influência da cirurgia no desenvolvimento de ansiedade e depressão em pacientes com CCR” e “Necessidade de suporte interdisciplinar no perioperatório”, apresentadas a seguir:



### **3.1.1 Influência da cirurgia no desenvolvimento de ansiedade e depressão em pacientes com CCR**

No estudo quantitativo, transversal, correlacional de Graça Pereira, Figueiredo e Fincham (2012) foi examinado o impacto do tratamento sobre a depressão, ansiedade, estresse traumático, além da Qualidade de Vida (QV) em pacientes com CCR e seus parceiros. Os resultados indicaram que aqueles que realizaram somente o tratamento cirúrgico, assim como os seus parceiros, apresentaram menores ansiedade, depressão e estresse traumático quando comparados àqueles submetidos ao tratamento em associação com QTX e/ou RT. Por outro lado, pacientes com diagnóstico acima de 12 meses apresentaram maior estresse pós-traumático, o que pode estar relacionado ao medo de recidivas. Além disto, no primeiro ano de pós-operatório houve predomínio de maior ansiedade e depressão. Os pacientes submetidos à associação de duas terapêuticas (cirurgia e RT; cirurgia e QTX) apresentaram maior ansiedade, depressão e estresse pós-traumático. A ansiedade e depressão foram os principais preditores para QV. Os autores recomendaram a necessidade de assistência psicológica ao longo dos tratamentos para pacientes e seus parceiros, principalmente durante a QTX. Foram utilizados para coleta de dados os instrumentos: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para avaliar ansiedade e depressão; para avaliar depressão e ansiedade nos parceiros utilizou-se Beck Depression Inventory (BDI) e State Trait Anxiety Inventory (STAI); e para avaliar transtornos de estresse pós-traumático nos pacientes a escala Impact of Events Scale Revised (IES-R), além de Quality of Life Scale - Cancer (QOL-CA2) para QV (GRAÇA PEREIRA; FIGUEIREDO; FINCHAM, 2012).

Soriano et al. (2013) no estudo descritivo, transversal avaliaram a QV, sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com CCR submetidos à cirurgia, por via aberta ou laparoscópica. Do total, 60% dos pacientes foram operados por via laparoscópica e 40% por via aberta. A maioria apresentou QV satisfatória, apesar de 27% apresentarem problemas (náuseas, fadiga e dor). No PO, 22% apresentaram ansiedade e 18% depressão. Independente da técnica cirúrgica, a maioria apresentou maior QV. Os resultados não indicaram diferenças estatisticamente significantes da técnica cirúrgica em relação à QV e à sintomatologia ansiedade-depressão. Há indicações de que após um ano de PO, pacientes persistiram com problemas de QV, depressão e ansiedade, o que requer avaliação psicológica para proporcionar-lhes a

assistência necessária para a sua melhoria. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas, com aplicação da escala HADS; da escala European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC-QLQ C30) para QV; além de um questionário com dados sociodemográficos (idade, gênero, nível socioeducacional) e clínicos.

Um estudo quantitativo, transversal, correlacional, realizado no Brasil por Santos et al. (2014) avaliou QV, dor, depressão e ansiedade em pacientes com câncer de reto médio e inferior, em tratamento cirúrgico curativo. Na amostra, houve prevalência de depressão (46%) e de ansiedade (39%). Houve forte correlação entre depressão e dor; e entre depressão e problemas sexuais; além de correlação moderada, estatisticamente significativa, entre ansiedade e problemas sexuais. Os resultados evidenciaram que os pacientes com câncer retal apresentaram menor QV, sendo que há associação com intensidade da dor, ansiedade e depressão. Recomendaram uma abordagem com integração dos aspectos fisiológicos, cognitivos, emocionais e sociais. Utilizou-se as escalas EORTC QLQ-C30 e O EORTC QLQ-CR38 (composto por 38 itens de avaliação dos sintomas específicos de câncer retal e eventos adversos das diferentes terapêuticas); escala de desempenho de status de Karnofsky (avaliação da capacidade funcional); escala visual analógica para dor; escala Beck Anxiety Inventory (BAI - avaliação da ansiedade) e BDI para a depressão; além de instrumento para dados sociodemográficos e clínicos.

Bosma et al. (2016) realizaram um estudo quantitativo, prospectivo, de coorte e avaliaram o impacto das complicações cirúrgicas na ansiedade, depressão e percepção do estado de saúde dos pacientes com CCR. Dos 218 pacientes, 59,6% apresentaram complicações (mais prevalentes foram infecção do sítio cirúrgico, abscesso intra-abdominal, evisceração, deiscência de anastomose, hérnia incisional e íleo paralítico). A cirurgia colorretal aumentou a ansiedade e depressão nos subgrupos de pacientes com e sem complicações no PO, além da percepção diminuída do seu estado de saúde. Os pacientes com complicações mais severas apresentaram maior percepção diminuída sobre o seu estado de saúde. Concluiu-se que a cirurgia influenciou no surgimento de ansiedade, depressão e percepção do estado de saúde, sendo que pacientes com complicações graves apresentaram percepção do estado de saúde diminuída na maioria dos domínios. Contudo, não apresentaram alterações na ansiedade e depressão devido às complicações. Estas influências ocorreram até seis semanas de PO; e posteriormente até o primeiro ano de PO, a tendência é de

diminuição, mas podem persistir por até cinco anos ou mais, após a cirurgia. Recomendaram a realização de estudos longitudinais, acima de cinco anos e de avaliação de intervenções psicológicas no auxílio da recuperação fisiológica no PO. As escalas utilizadas foram: Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) para avaliação da depressão; STAI para ansiedade e Short Form 36 (SF-36) para avaliação da percepção sobre o estado de saúde.

### **3.1.2 Necessidade de suporte interdisciplinar no perioperatório**

No artigo de Firmeza et al. (2016), investigou-se a presença de ansiedade em pacientes oncológicos hospitalizados no pós-operatório mediato (POM), buscando correlacionar ansiedade e as neoplasias malignas de cabeça e pescoço, estômago e CCR. Houve predomínio, em geral, de ansiedade leve a moderada; contudo os pacientes com câncer de cabeça e pescoço apresentaram maior ansiedade quando comparados aos pacientes com CCR e câncer gástrico. No entanto, não houve diferenças estatisticamente significantes entre ansiedade e estas diferentes neoplasias. Os pacientes com CCR, que foram estomizados necessitaram de suporte profissional especializado, pois a estomização foi um estressor para o paciente e sua família, com repercussões na ansiedade e depressão. Recomendaram, assim como órgãos internacionais (Associação Canadense de Oncologia Psicossocial e a Sociedade Americana de Oncologia Clínica – ASCO), que ansiedade e depressão devem ser avaliadas pela equipe de saúde nos pacientes com neoplasias malignas ao longo do tratamento, pois estas comorbidades diminuem a QV e aumentam a morbimortalidade. Esta avaliação sistematizada possibilitará que o enfermeiro possa realizar o planejamento da assistência com intervenções, que atendam às necessidades desta clientela. A escala utilizada para a coleta destes dados foi STAI que avalia ansiedade, contudo na discussão dos seus resultados ressaltou-se a importância de se considerar a ocorrência de depressão. Além disto, foi utilizado questionário de dados sociodemográficos e clínicos.

Também foram verificados os preditores para alcance de QV, estado de saúde e bem-estar pessoal nos dois anos de PO de cirurgia de CCR por Foster et al. (2016), em um estudo quantitativo, prospectivo, de coorte. Os resultados mostraram que maior depressão pré-operatória e menor autoeficácia (confiança para lidar com problemas relacionados à doença) foram significativamente associadas à menor QV. Além disto,

constituíram preditores a ansiedade pré-operatória, evolução clínica (estadiamento tumoral, gravidade, resposta terapêutica), menor suporte social e estomização para menor QV. Recomendou-se para os pacientes com ansiedade, depressão e baixa autoeficácia, a necessidade de seguimento especializado para intervenções preventivas, que focalizassem a integralidade da assistência ao paciente oncológico, com encaminhamento aos serviços para atendimento psicológico, favorecendo a minimização destes preditores. As escalas utilizadas foram: Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS) para avaliação da QV; EQ-5D and EQ Visual Analogue Scale (VAS) para mensurar o estado de saúde; Personal Wellbeing Index–Adult (PWI-A) para avaliar o bem-estar; STAI para ansiedade; CES-D para depressão; Positive and Negative Affect Schedule Short Form (PANAS) para avaliar o humor e Medical Outcomes Study (MOS) para aferir suporte social.

No estudo quantitativo, prospectivo, de coorte de Jakobsson, Idwal, Wann-Hansson (2016), comparou-se a percepção de saúde geral e a ansiedade pré-operatória, nos primeiros seis meses de PO por CCR, entre três subgrupos (ressecção abdominoperineal, retal e colônica). Em geral, nos três subgrupos, considerando-se o procedimento cirúrgico houve percepção de maior saúde geral e baixa ansiedade no PO, porém a ansiedade pré-operatória foi maior. Contudo, os pacientes submetidos à ressecção abdominoperineal de reto, no pré-operatório, apresentaram percepção de maior saúde geral. No PO, estes, juntamente com os pacientes submetidos à ressecção retal apresentaram percepção de saúde geral diminuída no primeiro mês, porém houve estabilização até os seis meses de PO. Pacientes submetidos à ressecção colônica tiveram percepção de menor saúde geral e maior ansiedade pré-operatória, mas houve melhora no primeiro mês de PO. Em relação à esta clientela, a avaliação recomendada foi a integração dos aspectos físicos e psicossociais (percepção de saúde geral e ansiedade). Utilizou-se as escalas: EuroQol 5-Dimensions 3-Levels (EQ-5D-3L) para avaliação da saúde geral e STAI para ansiedade.

Lam et al. (2016) desenvolveram um estudo quantitativo, longitudinal, correlacional, para determinar as necessidades de cuidados de suporte no primeiro ano de PO, com identificação de fatores que interferem nestas necessidades em pacientes chineses com CCR. Verificou-se que os pacientes com necessidades de cuidados relacionados ao PO utilizaram a estratégia de pensamentos positivos para o enfrentamento do câncer e apresentavam maior escolaridade. Pacientes com

necessidades de cuidados além dos aspectos cirúrgicos no PO, apresentaram maior necessidade de atendimento psicológico no pré-operatório. A maioria dos participantes não apresentou diversidade de demandas de cuidados no PO, que se manteve ao longo do primeiro ano de PO, assim como a demanda de atendimento psicológico. A necessidade de atendimento psicológico estava relacionada aos seguintes aspectos: ter um estoma, adultos mais velhos e idosos e com necessidades de informações pré-operatórias. Os pacientes com piora da evolução clínica relataram maior depressão pré-operatória e ruminação psicológica negativa relacionada ao câncer. Concluiu-se que os pacientes chineses com CCR apresentaram demandas de cuidados pós-operatórios sem grande diversidade no primeiro ano de PO. Contudo, uma minoria apresentou maior diversidade de demandas de cuidados, que persistiram neste período, mas não conseguiram ser atendidas. A abordagem desta clientela deve contemplar aspectos psicológicos e físicos, com uma avaliação integral para favorecer o suporte profissional, destacando-se o ensino do autocuidado com o estoma. Para isto, utilizou-se as escalas: HADS para avaliar ansiedade e depressão; The Supportive Care Needs Survey - Short Form para avaliar as necessidades de cuidados; Memorial Symptom Assessment Scale - Short-Form para avaliar os sintomas de sofrimento físico; Cancer-Related Rumination Scale para avaliar os pensamentos ruminativos relacionados ao câncer; além de instrumento para coleta de dados sociodemográficos e clínicos.

### **3.1.3 Discussão**

Considerando que a cirurgia, ainda é a indicação terapêutica de primeira linha, em geral, para pacientes com CCR, os quatro artigos científicos desta categoria buscaram analisar a correlação dos aspectos relacionados à esta terapêutica com ansiedade e depressão.

Quando os pacientes foram submetidos somente à terapêutica cirúrgica, estes mantiveram ansiedade e depressão, dentro das expectativas no PO. Nos subgrupos de pacientes, que realizaram tratamentos adjuvantes, houve aumento da ansiedade, depressão e estresse traumático. Apesar da proposta de avaliar a QV, esta não foi explicitada pelos autores, contudo estes concluíram que ansiedade e depressão constituem preditores para QV (GRAÇA PEREIRA; FIGUEIREDO; FINCHAM, 2012).

No estudo que buscou correlacionar as técnicas cirúrgicas laparoscopia e convencional com ansiedade e depressão, verificou-se que a técnica cirúrgica não é preditora, pois houve semelhança nos níveis destas comorbidades; e a QV foi satisfatória. Apesar da vantagem da laparoscopia como uma alternativa que favorece a recuperação fisiológica, por ser menos invasiva em relação à técnica tradicional e com menor possibilidade de complicações pós-operatórias, não houve diferenças estatisticamente significantes (SORIANO et al., 2013).

Por outro lado, houve alta correlação da dor em pacientes com CCR em PO com depressão; moderada correlação entre problemas sexuais e ansiedade; além de alta correlação entre problemas sexuais e depressão. A QV foi menor considerando-se a depressão e ansiedade, vinculados respectivamente à presença de dor e problemas sexuais (SANTOS et al., 2014). Estes aspectos repercutem, tanto na dimensão fisiológica como na psicossocial.

A percepção do estado de saúde foi menor quando o paciente apresentou maior faixa etária e presença de complicações pós-operatórias. Porém, a ansiedade e depressão se mantiveram dentro das expectativas para o PO. Os pesquisadores ressaltaram que esta situação pode persistir por até mais de cinco anos (BOSMA et al., 2016). Ou seja, estes preditores podem estar presentes durante o seguimento de controle oncológico.

Diante destes aspectos analisados, podemos inferir que a associação da terapêutica cirúrgica com QTX; e cirurgia com RT aumentaram o estresse traumático, que pode representar o estresse do processo anestésico-cirúrgico acrescido das reações fisiológicas às terapêuticas QTX e RT, que resulta em aumento da fadiga fisiológica (BIANCHI; COSTA, 2016; GRAÇA PEREIRA; FIGUEIREDO; FINCHAM, 2012;).

A assistência perioperatória para esta clientela deverá ter um planejamento considerando todas as fases e a especificidade de cuidados a serem prestados, tanto de cunho físico – fisiológico, sem dissociar que as reações para esse tipo de cuidado repercutem na experiência psicossocial dos pacientes com CCR e na sua evolução clínica.

A estomização é considerada por pacientes e familiares como um divisor em suas vidas com atribuição de sentimentos às mudanças e repercussões vividas, que os profissionais de saúde devem ter conhecimento para favorecer um atendimento

que possa contemplar a demanda de necessidades destas pessoas (TELES et al., 2017).

Assim, a assistência de enfermagem perioperatória pressupõe o ensino pré-operatório sobre a cirurgia e suas consequências, demarcação do local do estoma, preparo colônico e identificação de fatores de risco para complicações pós-operatórias, com inserção da família. E no PO, para o paciente com estoma, a avaliação da evolução clínica e do estoma, bem como a retomada do ensino com direcionamento para o ensino do autocuidado do estoma e dos equipamentos coletores, principalmente para a família. No contexto brasileiro, deve-se assegurar a contrarreferência para cadastramento deste paciente no Programa de Ostomizados do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível secundário (BRASIL, 2009).

Considerando a influência do tratamento cirúrgico na ansiedade e na depressão em pacientes com CCR, não foi encontrado nenhum artigo que focalizasse especificamente a assistência perioperatória em unidade de internação hospitalar. Assim, com este estudo, espera-se que os resultados possam contribuir para o planejamento de intervenções no pré-operatório e POM.

Os artigos categorizados na temática “Necessidade de suporte interdisciplinar no perioperatório” foram de autoria de: Firmeza et al. (2016); Foster et al. (2016); Jakobsson, Idwal, Wann-Hansson (2016) e Lam et al. (2016).

No estudo com pacientes com câncer de cabeça e pescoço, CCR e de estômago em POM, a ansiedade foi de leve a moderada. Apesar de os pesquisadores não terem avaliado a depressão, recomendaram a necessidade de sua avaliação. Além disso, a estomização foi considerada um estressor importante para os pacientes com CCR (FIRMEZA et al., 2016).

Outro estudo considerou ansiedade, evolução clínica, menor suporte pessoal e estomização como preditores para QV de pacientes com CCR. Também recomendaram a inclusão da depressão na avaliação desta clientela (FOSTER et al., 2016).

No estudo que comparou a percepção de saúde geral de pacientes submetidos à amputação abdominoperineal de reto e ressecção retal, no pré-operatório foi verificado a percepção de saúde geral aumentada e sua diminuição no primeiro mês de PO; àqueles submetidos à ressecção retal apresentaram percepção de saúde geral e ansiedade aumentadas no pré-operatório e de percepção da saúde geral e de ansiedade diminuídas no PO. O grupo que realizou ressecção colônica, apresentou

percepção de saúde geral diminuída no pré-operatório e aumento desta percepção no primeiro mês de PO (JAKOBSSON; IDVALL; WANN-HANSSON, 2016).

Embora os autores não tivessem abordado a confecção de estoma intestinal, pode-se inferir que os pacientes que realizaram ressecção abdominoperineal de reto e ressecção retal tiveram percepção de saúde geral diminuída no PO, o que pode estar relacionada à estomização. Por outro lado, aqueles que realizaram a ressecção colônica podem ter percepção da saúde geral aumentada no primeiro mês por não terem tido a necessidade da confecção de estoma intestinal.

A utilização de estratégia positiva em relação ao CCR e elevado nível de instrução formal foram preditores para necessidade de cuidados pós-operatórios vinculados à cirurgia realizada. Quando houve alta demanda de informações pré-operatórias e necessidade de atendimento psicológico, houve uma maior demanda de cuidados no PO, para além daqueles vinculados especificamente à cirurgia realizada. Por outro lado, pacientes mais velhos, presença de estoma e necessidades de informações foram preditores para a evolução com piora clínica, que resultou em depressão e ruminação psicológica negativa (LAM et al., 2016).

Os artigos desta categoria temática enfatizaram a importância da avaliação psicológica durante o tratamento cirúrgico, além da importância da inclusão da depressão nesta avaliação, considerando-se a percepção e a utilização de estratégias destes pacientes, assim como dos familiares, para o enfrentamento do adoecimento oncológico e da terapêutica cirúrgica. A identificação sociodemográfica e clínica, além da verificação da ansiedade, depressão e ruminação psicológica negativa podem influenciar a evolução clínica.

Os resultados da amostra desta categoria indicaram a complexidade da terapêutica cirúrgica dos pacientes com CCR, que extrapolam a demanda de necessidade de atendimento psicológico, pois todas as reações e repercussões estão vinculadas à experiência de adoecimento oncológico e à percepção dos pacientes e familiares ao longo deste tratamento. Assim, a assistência para esta clientela deverá ser realizada por uma equipe interdisciplinar especializada.

Em relação às escalas utilizadas para verificar a presença de ansiedade e depressão em pacientes com CCR, encontramos na amostra HADS; BDI e BAI; STAI e CES-D. Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se pela utilização da escala HADS por contemplar a mensuração de ansiedade e depressão em um único instrumento, que foi validado também para o contexto hospitalar brasileiro. Além disso,



consideramos a sua pertinência pela recomendação dos pesquisadores sobre a importância da inclusão da depressão para o aprofundamento da compreensão sobre a ansiedade de pacientes com CCR em tratamento cirúrgico.

As evidências científicas analisadas nesta RI contribuem para o planejamento da assistência de enfermagem, sendo que suas implicações podem auxiliar no estabelecimento de diagnósticos de enfermagem (DE) no pré-operatório como Conhecimento deficiente e Fadiga, assim como no PO.

No primeiro DE, as intervenções deverão ser direcionadas para o ensino pré-operatório, esclarecimento sobre preparo físico e psicoemocional para a cirurgia colorretal e suas consequências; e no PO para o ensino do autocuidado com o estoma e equipamentos coletores, como parte da alta hospitalar.

As intervenções para a Fadiga no pré-operatório estão relacionados aos cuidados procedimentais como preparo colônico, encaminhamento para os exames especializados, além da avaliação clínica diária para identificação de fatores de risco para possíveis complicações pós-operatórias; e no PO as intervenções deverão favorecer a recuperação fisiológica e psicossocial para o alcance da reabilitação, incluindo-se cuidados como higiene corporal e do estoma, manejo dos equipamentos coletores, avaliação da ferida operatória, hidratação e alimentação (CARPENITO-MOYET, 2005; OLIVEIRA; MOTA; SOUZA-TALARICO, 2018).

Em relação às lacunas apontadas nesta RI, verificou-se a ausência de estudos longitudinais, que acompanhassem os pacientes com CCR em tratamento cirúrgico ao longo do tempo de sobrevivência, bem como estudos que avaliassem a efetividade das intervenções psicológicas no perioperatório. Em nenhum dos artigos analisados houve a vinculação da ansiedade e depressão pré-operatórias para o alcance da reabilitação pós-operatória destes pacientes, principalmente se considerarmos que aqueles com estoma intestinal necessitam aprender o autocuidado, além de novas adaptações para a sua vida cotidiana.

### 3.2 O ESTRESSE EM PACIENTES COM CCR EM TRATAMENTO CIRÚRGICO

A palavra estresse é a tradução do termo inglês *stress*, que tem origem do termo do latim “*stringere*”, que significa angustiar, apertar, que tem sido utilizada para descrever situações ameaçadoras para o organismo, debilitando-o e consumindo as suas reservas de energia armazenadas (DAIAN et al., 2012).

Segundo Straub (2005), Walter Cannon teria sido o primeiro autor a utilizar cientificamente o termo estresse. Em 1932, ao realizar um experimento com gatos, descobriu que estes desenvolveram uma reação em resposta ao latido de cães, chamada de reação de luta-fuga, com liberação de adrenalina e cortisol, preparando o organismo destes para se defender desta ameaça. Ainda, em 1939, Cannon sugeriu o termo homeostase como “o esforço dos processos fisiológicos para manter estado de equilíbrio interno no organismo, frente às mudanças externas do ambiente”, o que constituiu um marco para essa nova temática de pesquisa (CANNON, 1939; DAIAN et al., 2012).

Em 1936, Hans Selye utilizou o termo “estresse” para designar uma síndrome desencadeada no organismo quando este era atacado por algum agente nocivo, resultando em um desequilíbrio químico, sendo considerado o “pai da teoria do estresse” (CARVALHO; BIANCHI, 2016; DAIAN et al., 2012). Em 1956, publicou o livro *Stress of life*, no qual definiu o estresse como “o conjunto de fatores de origem não determinada, que podem agir sobre o organismo” e, após conduzir experimentos com ratos, formulou a teoria da Síndrome da Adaptação Geral (SAG), definida como um conjunto de respostas não-específicas do organismo ao estresse, principalmente das glândulas endócrinas e do sistema nervoso (CARVALHO; BIANCHI, 2016; DAIAN et al., 2012).

A SAG possui três fases que podem ser sintetizadas como (CARVALHO; BIANCHI, 2016; DAIAN et al., 2012):

-Alarme: também chamada de reação de alerta, onde ocorre uma mobilização total das forças de defesa do organismo. Essas manifestações ocorrem em função do estressor e podem ocorrer em fração de segundos;

-Resistência: ocorre a tentativa de equilíbrio do organismo a determinado estímulo frente à persistência do fator estressor;

-Exaustão: considerada como sendo uma falha no sistema de controle do estressor, manifestada com o surgimento de doenças relacionadas ao estresse.

Atualmente, o conceito de estresse é utilizado para a descrição de estímulos que alteram a homeostase do organismo, assim como as alterações comportamentais, que geram o seu desequilíbrio. Trata-se de uma reação do organismo, que é composta por aspectos psicológicos, físicos, mentais, comportamentais e hormonais, que influenciam a adaptação em relação à um evento ou situação de angústia intensa (DAIAN et al., 2012).

O diagnóstico ou a mensuração do estresse podem ser realizados de diferentes formas, seja por meio de aferições da pressão sanguínea, níveis de catecolaminas e de hormônios, como o cortisol em fluídos orgânicos (saliva, plasma, urina, suor) ou por meio de escalas psicométricas, como escala de Holmes e Rahe; Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos – ISSL; Inventário de Medidas do Estresse Psicossocial – IMPS; Inventário de Medidas da Capacidade de Tolerância ao Estresse – IMST; além da Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale), proposta em 1983 por Cohen, Kamarck e Mermelstein. Essa última escala mensura o estresse percebido, ou seja, o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983; DAIAN et al., 2012; LUFT et al., 2007).

Da mesma forma, o estresse no paciente cirúrgico também pode ocorrer em três fases. Na presença de um ou mais estressores, durante a fase de alarme, o sistema nervoso central é estimulado, levando à liberação de catecolaminas de base hipotalâmica, que podem ocasionar hipertensão arterial e taquicardia. Se o estressor for de curta ou média duração, esta fase ocorrerá como parte do processo adaptativo do organismo. A maior parte das mudanças morfológicas e bioquímicas da reação de alarme desaparece durante a fase de resistência. Nesta fase, o corpo é mobilizado a preparar-se para a resposta luta-fuga (CARVALHO; BIANCHI, 2016; DAIAN et al., 2012; VICENCIO, 1995).

Na fase de exaustão, a energia de adaptação predispõe a doenças e, até mesmo, à morte. A intensidade e a duração da resposta ao estresse cirúrgico dependem da intensidade e duração do estímulo estressor. O risco da ocorrência da fase de exaustão, com consequências físicas e psíquicas, está associado aos procedimentos cirúrgicos mais invasivos e complexos (CARVALHO; BIANCHI, 2016; DAIAN et al., 2012; VICENCIO, 1995)

Para os pacientes com CCR em tratamento cirúrgico, a própria cirurgia constitui o maior estressor e a maior preocupação destes é a possibilidade de estomização, que gera angústia intensa no momento da indicação deste tratamento. O diagnóstico oncológico torna-se um estressor, mais concreto no pós-operatório. Portanto, estes estressores devem ser abordados prioritariamente no estudo das reações fisiológicas e psicossociais destes pacientes (LENZA, 2015; TELES et al., 2017).

O reconhecimento do estresse cirúrgico e, especificamente, dos estressores para pacientes com CCR, deve subsidiar as equipes de enfermagem e

interprofissional para propor intervenções com vistas ao preparo físico e psicoemocional para a cirurgia e suas consequências, bem como a prevenção de complicações pós-operatórias. Para tanto, estas intervenções devem prevenir o agravamento da condição crônica durante o tratamento cirúrgico, oferecendo maior segurança.

Para a Enfermagem, isto implica em realizar a demarcação de estoma vinculada ao ensino pré-operatório, como uma intervenção específica para esta clientela. Vários estudos vêm sendo conduzidos no sentido de investigar a influência da ansiedade, depressão e do estresse na recuperação e reabilitação pós-operatória e, nesse sentido, é fundamental o conhecimento sobre a incidência destes constructos em indivíduos que serão submetidos ao procedimento cirúrgico, em especial, nos pacientes com CCR com possibilidade de estomização.

A análise da produção científica sobre a ansiedade, depressão e estresse em pacientes com CCR em tratamento cirúrgico, apontou escassez de estudos sobre esta temática e níveis de evidências pouco fortes, o que justifica a realização deste estudo. Assim, acreditamos que contribuiremos no planejamento da assistência de enfermagem perioperatória, bem como na melhoria das estratégias para o suporte profissional interdisciplinar, favorecendo o preparo, a recuperação e a reabilitação cirúrgica deste paciente, com minimização do estresse fisiológico e psicossocial.

### 3.3 QUESTÕES DO ESTUDO E HIPÓTESES EXPLORATÓRIAS A SEREM TESTADAS

Na ampla revisão da literatura realizada, não foram encontrados estudos brasileiros, realizados em contextos semelhantes ao do presente estudo e que tenham investigado os mesmos constructos ou utilizado os mesmos instrumentos, o que impossibilitou o cálculo do tamanho amostral e, portanto, as hipóteses deste estudo são exploratórias e não confirmatórias.

Diante do exposto, foram formuladas as seguintes questões de pesquisa e respectivas hipóteses exploratórias:

**Questão 1:** Existe associação dos sintomas de ansiedade e depressão, avaliados pelo *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e estresse percebido, avaliado pela *Brazilian Perceived Stress Scale* (BPSS-10) e o sexo, idade, situação

conjugal e profissional dos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR no pré-operatório, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial?

De acordo com a revisão da literatura e experiência clínica dos pesquisadores, estabeleceu-se a seguinte hipótese exploratória verdadeira (H1):

**H1:** Haverá associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com o sexo, idade, situação conjugal e profissional dos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR no pré-operatório, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial.

**Questão 2:** Existe associação dos sintomas de ansiedade e depressão, avaliados pelo *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e estresse percebido, avaliado pela *Brazilian Perceived Stress Scale* (BPSS-10) e a presença de comorbidades, realização de tratamento adjuvante, uso de medicações psicoativas no domicílio e estadiamento do CCR nos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR no pré-operatório imediato?

De acordo com a revisão da literatura e experiência clínica dos pesquisadores, estabeleceu-se a seguinte hipótese exploratória verdadeira (H1):

**H1:** Haverá associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com a presença de comorbidades, realização de tratamento adjuvante, uso de medicações psicoativas no domicílio e estadiamento do CCR nos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR no pré-operatório imediato.

**Questão 3:** Existe associação dos sintomas de ansiedade e depressão, avaliados pelo *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e estresse percebido, avaliado pela *Brazilian Perceived Stress Scale* (BPSS-10) e a ocorrência de intercorrências no pós-operatório, uso de medicações psicoativas durante a internação, técnica cirúrgica (convencional ou videolaparoscopia) e confecção do estoma intestinal nos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR no dia da alta hospitalar?

De acordo com a revisão da literatura e experiência clínica dos pesquisadores, estabeleceu-se a seguinte hipótese exploratória verdadeira (H1):

**H1:** Haverá associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com a ocorrência de intercorrências no pós-operatório, uso de medicações psicoativas durante a internação, técnica cirúrgica (convencional ou

videolaparoscopia) e confecção do estoma intestinal nos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR, no dia da alta hospitalar.

**Questão 4:** Existe associação dos sintomas de ansiedade e depressão, avaliados pelo *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e estresse percebido, avaliado pela *Brazilian Perceived Stress Scale* (BPSS-10) e a ocorrência de dificuldades, complicações cirúrgicas e dúvidas no pós-operatório, uso de medicações psicoativas no domicílio, técnica cirúrgica (aberta ou videolaparoscopia) e confecção do estoma intestinal nos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar?

De acordo com a revisão da literatura e experiência clínica dos pesquisadores, estabeleceu-se a seguinte hipótese exploratória verdadeira (H1):

**H1:** Haverá associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com a ocorrência de dificuldades, complicações cirúrgicas e dúvidas no pós-operatório, uso de medicações psicoativas no domicílio, técnica cirúrgica (aberta ou videolaparoscopia) e confecção do estoma intestinal nos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar.

**Questão 5:** Existe correlação entre os sintomas de ansiedade e depressão, avaliados pelo *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e estresse percebido, avaliado pela *Brazilian Perceived Stress Scale* (BPSS-10) nos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR no pré-operatório, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar?

De acordo com a revisão da literatura e experiência clínica dos pesquisadores, estabeleceu-se a seguinte hipótese exploratória verdadeira (H1):

**H1:** Haverá correlação entre os sintomas de ansiedade e depressão, avaliados pelo *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e estresse percebido, avaliado pela *Brazilian Perceived Stress Scale* (BPSS-10) nos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR no pré-operatório, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar.

**Questão 6:** Pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR apresentarão diferenças na presença de sintomas de ansiedade e depressão, avaliados pelo *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e no estresse percebido, avaliado pela

Brazilian Perceived Stress Scale (BPSS-10) no pré-operatório, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar?

De acordo com a revisão da literatura e experiência clínica dos pesquisadores, estabeleceu-se a seguinte hipótese exploratória verdadeira (H1):

**H1:** Pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR apresentarão diferenças nos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no pré-operatório, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar.

**Questão 7:** Pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR com confecção de estoma intestinal e pacientes sem a confecção de estoma intestinal, apresentarão diferenças na presença de sintomas de ansiedade e depressão, avaliados pelo *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e estresse percebido, avaliado pela Brazilian Perceived Stress Scale (BPSS-10) no pré-operatório, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar?

De acordo com a revisão da literatura e experiência clínica dos pesquisadores, estabeleceu-se a seguinte hipótese exploratória verdadeira (H1):

**H1:** Pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR com confecção de estoma intestinal e pacientes sem a confecção de estoma intestinal, apresentarão diferenças na presença de sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no pré-operatório, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar.





#### 4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido em pacientes no perioperatório por Câncer Colorretal, segundo a presença ou ausência de estoma intestinal.

#### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as características sociodemográficas, clínicas e terapêuticas dos pacientes no perioperatório por CCR.
- Investigar a associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com o sexo, idade, situação conjugal e profissional, nos três momentos investigados.
- Investigar a associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com a presença de comorbidades, realização de tratamento adjuvante, uso de medicações psicoativas no domicílio e estadiamento do CCR no pré-operatório imediato.
- Investigar a associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com a ocorrência de intercorrências no pós-operatório, uso de medicações psicoativas durante a internação, técnica cirúrgica e confecção do estoma intestinal, no dia da alta hospitalar.
- Investigar a associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com a ocorrência de dificuldades, complicações cirúrgicas e dúvidas no pós-operatório, uso de medicações psicoativas no domicílio, técnica cirúrgica e confecção do estoma intestinal, no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar.
- Investigar a correlação entre os sintomas de ansiedade, depressão e de estresse percebido nos três momentos investigados.
- Comparar os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido nos pacientes com CCR, no pré-operatório imediato, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar.
- Comparar os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido nos pacientes com CCR no pré-operatório imediato, no dia da alta e no primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar, segundo a presença ou ausência de estoma intestinal.



## 5.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) no 83343818.7.0000.5393 (ANEXO A), segundo os preceitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 e 510/2016. Após o aceite para participar da pesquisa, os pacientes realizaram a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) em duas vias, sendo que uma via foi fornecida ao paciente e a outra, arquivada pelo pesquisador (BRASIL, 2013, 2016, 2017).

## 5.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional analítico de coorte prospectiva. O principal objetivo de um estudo observacional analítico é, além de examinar as distribuições das variáveis de interesse em uma população, caracterizar as possíveis associações entre essas variáveis. Em um estudo de coorte prospectiva, as aferições ocorrem ao longo do tempo, em um grupo de participantes, que foram identificados no início do estudo, ou seja, a coorte é reunida no início do estudo e acompanhada longitudinalmente para medições periódicas dos desfechos de interesse (HULLEY; CUMMINGS; NEWMAN, 2015).

## 5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para a definição da população do estudo, realizou-se o acompanhamento de todas as cirurgias eletivas realizadas pela especialidade da Coloproctologia, no período de 12 meses (01/04/2019 a 31/03/2020).

Uma amostra consecutiva e não probabilística foi constituída, ou seja, na medida em que foram admitidos na unidade de internação e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: pacientes com idade acima de 18 anos, no pré-operatório imediato do seu primeiro procedimento cirúrgico eletivo para CCR, com agendamento de suas cirurgias, com mais de 12 horas de antecedência.

Os critérios de exclusão estabelecidos para este estudo foram:

-pacientes que não apresentaram a percepção adequada de tempo, espaço e pessoa. Para essa avaliação, utilizou-se seis questões: “Qual a data de hoje?”, “Qual a sua

idade?”, “Em que dia da semana estamos?”, “Qual o nome do local que estamos nesse momento?”, “Qual o seu nome completo?” e “Qual o nome da cidade em que você nasceu?”, sendo que os participantes que erraram ou não souberam informar três ou mais questões foram excluídos (PFEIFFER, 1975; SILVA, 2016);

-pacientes com descompensação clínica da doença oncológica (fadiga, dispneia, síndrome consuptiva);

-pacientes com diagnósticos de Transtornos Mentais, descritos no prontuário, para aumentar a probabilidade de que os sintomas investigados estivessem relacionados ao tratamento cirúrgico;

-pacientes com déficit cognitivo acentuado, descrito no prontuário;

-pacientes com déficit auditivo que o impedisse de entender e responder às questões;

Os critérios de descontinuação estabelecidos foram:

-pacientes submetidos à reoperação, de qualquer natureza;

-pacientes reinternados, antes do primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar.

#### 5.4 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo foi o Serviço de Oncologia Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP). Trata-se de um Hospital Universitário, de nível terciário e quaternário, instituído em 1956, pela Lei Estadual 3.724 de 23/12/1955, sendo referência regional para o atendimento dos 26 municípios da Divisão Regional de Saúde (DRS) XIII de Ribeirão Preto pelo SUS, além de atender pelo sistema de referência, outras cidades do Estado de São Paulo e de outras regiões do Brasil. No ano de 2019, foram realizados 732.121 atendimentos, 33.932 internações e 26.313 cirurgias, além de 1.645 partos e 214 transplantes. Atualmente integra o Complexo Acadêmico de Saúde HCFMRP/Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP)/Universidade de São Paulo (USP)/Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência - FAEPA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2021).

A especialidade da Coloproctologia conta, atualmente, com 11 leitos, sendo cinco alocados na Unidade de Internação Cirúrgica do nono andar e seis na Unidade de Oncologia Cirúrgica, localizada no sétimo andar.

## 5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis definidas para o estudo, obtidas a partir do prontuário, foram:

- Data de nascimento e da internação;
- Idade: no dia da cirurgia, definida a partir da data de nascimento constante no prontuário;
- Sexo: sexo biológico;
- Peso: em quilos;
- Altura: em centímetros;
- Índice de Massa Corporal (IMC): obtido a partir do peso e altura, constantes no prontuário;
- Presença de comorbidades e cirurgias abdominais prévias: obtidas por meio das evoluções clínicas e da ficha de avaliação pré-anestésica;
- Data do diagnóstico: considera-se a data da confirmação do diagnóstico pelo exame anatomopatológico do tumor;
- Localização primária: corresponde à localização anatômica do tumor;
- Data do início do tratamento: início efetivo do tratamento antineoplásico;
- Tratamento Neoadjuvante: tipo de tratamento neoadjuvante realizado;
- Tempo de internação: obtido pela subtração da data da alta pela data de internação;
- Cirurgia realizada;
- Data e técnica cirúrgica: Convencional (Laparotomia) ou Videolaparoscópica (VLP);
- Tipo histológico do tumor: obtido no laudo de exame anatomopatológico;
- Estadiamento do tumor: obtido no prontuário do paciente, de acordo com a *American Joint Committee on Cancer – AJCC* (AMIM et al., 2017);
- Demarcação pré-operatória do local do estoma;
- Tipo e local de estoma intestinal confeccionado: obtida pelo acesso à ficha operatória, evoluções clínicas e da observação do paciente;
- Intercorrências no pós-operatório na enfermaria: náuseas, vômitos, dor, sangramento, febre, entre outras;
- Data da alta e do primeiro retorno ambulatorial;

As variáveis investigadas por meio de entrevista aos participantes foram:

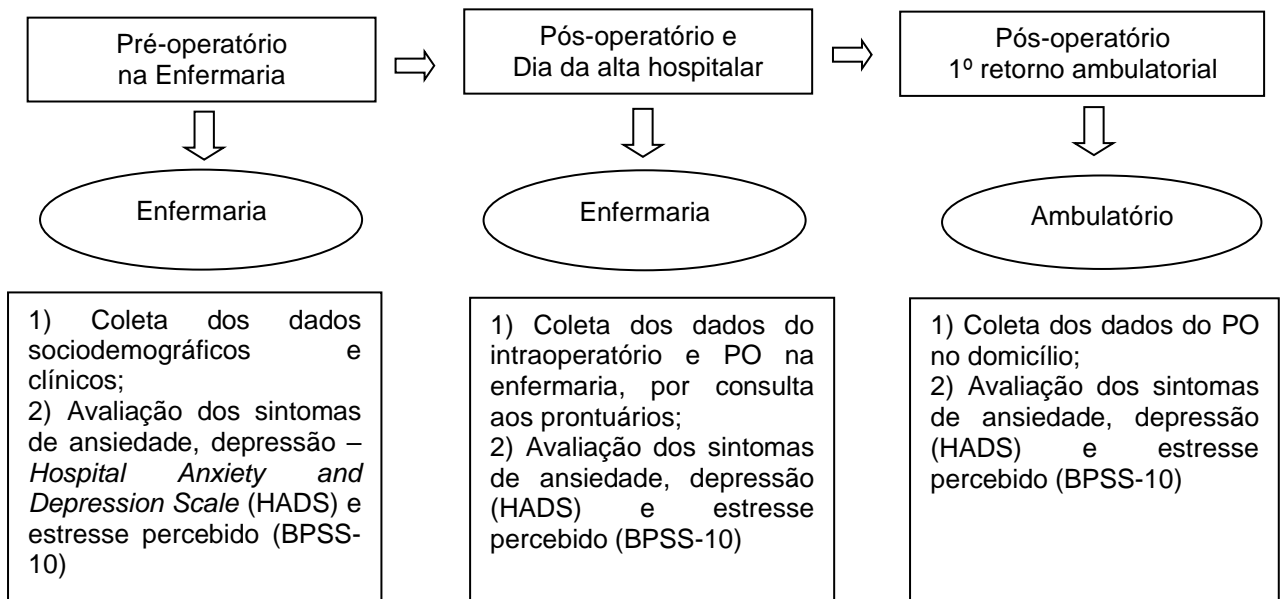
- Cor da pele: autorreferida pelo paciente;
- Procedência: cidade e estado de procedência;
- Escolaridade em anos completos;

- Situação profissional;
- Situação conjugal;
- Uso de medicações psicoativas;
- Presença de acompanhante no retorno;
- Dúvidas, dificuldades e complicações relacionadas à cirurgia e ao estoma intestinal;
- Possibilidade de realização de tratamento adjuvante;
- Sintomas de Ansiedade, Depressão e Estresse percebido.

## 5.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Diariamente, os pesquisadores realizavam uma busca ativa da escala de agendamentos cirúrgicos da especialidade da Coloproctologia, para a identificação dos potenciais participantes do estudo. Quando os pacientes atendiam aos critérios de elegibilidade, eram convidados a participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada na Unidade de Internação do Serviço de Oncologia Cirúrgica, por meio de entrevistas individuais e consulta aos prontuários dos participantes (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma do procedimento de coleta de dados.



Fonte: autor, 2021.

Na Unidade de Internação do Serviço de Oncologia Cirúrgica foram coletados no pré-operatório, por meio de entrevistas e consulta aos prontuários, os dados de

caracterização sociodemográfica e clínica, de sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido, além da avaliação percepção de tempo, espaço e pessoa.

Durante o pós-operatório e no dia da alta hospitalar, foram coletados dados do intraoperatório e evolução clínica no pós-operatório, por meio de consulta aos prontuários e avaliação dos pacientes, além dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido por meio de entrevistas.

No primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar, foram coletados os dados da evolução no pós-operatório, bem como os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido por meio de entrevistas.

## 5.7 LINHA DO TEMPO REFERENTE AOS TRÊS MOMENTOS DE COLETA DE DADOS

Rotineiramente, após a indicação cirúrgica, a internação do paciente na Unidade de Internação do Serviço de Oncologia Cirúrgica ocorre de um a dois dias antes do procedimento, para realização do preparo intestinal pré-operatório. Antes disso, o paciente já deve ter realizado os exames pré-operatórios ambulatorialmente, inclusive a consulta com o anestesista, ou consulta pré-anestésica.

Após o procedimento cirúrgico, o paciente permanece na Unidade de Recuperação Pós-anestésica (URPA) por algumas horas, a depender da sua recuperação ao processo anestésico-cirúrgico. Após receber alta dessa unidade, é encaminhado à Unidade de Internação Cirúrgica, onde permanece até o dia da alta hospitalar.

O primeiro retorno ambulatorial ocorre, geralmente, três semanas após a alta hospitalar, sempre às quintas-feiras, podendo ser adiantado ou adiado em quaisquer eventualidades. O paciente já sai de alta hospitalar com seu primeiro retorno ambulatorial agendando. É neste retorno que o paciente é informado sobre o resultado do exame anatomopatológico do tumor ressecado e a necessidade ou não de realização de tratamentos adjuvantes.

## 5.8 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos para aferição dos constructos subjetivos (ansiedade, depressão e estresse percebido) foram escolhidos por terem sido utilizados em

estudos anteriores, com pacientes com o mesmo diagnóstico e foram identificados por meio de revisão da literatura (GRAÇA PEREIRA; FIGUEIREDO; FINCHAM, 2012; LAM et al., 2016; PENG; HUANG; KAO, 2019; SONG et al., 2020).

As entrevistas aconteceram sempre na mesma sequência, ou seja, primeiramente os participantes eram questionados sobre os dados sociodemográficos e, em seguida, eram aplicados os instrumentos HADS e BPSS-10, respectivamente.

### **5.8.1 Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica**

Para a caracterização dos participantes foi criado um instrumento contendo os seguintes dados (APÊNDICE B):

-Caracterização sociodemográfica: datas de internação, da entrevista e de nascimento, sexo, cor da pele, peso, altura, escolaridade, situação profissional e conjugal.

-Caracterização clínica: tempo de internação, diagnóstico principal, comorbidades associadas, uso de medicações psicoativas, necessidade de remarcação da data da cirurgia, dados da cirurgia, presença de cirurgias abdominais prévias, demarcação do estoma intestinal, data do diagnóstico, estadiamento e localização primária e tratamentos adjuvantes, evolução clínica no pós-operatório na enfermaria e no domicílio, presença de acompanhantes no retorno ambulatorial e cuidados com a cirurgia e estoma intestinal.

O uso de medicações psicoativas (antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e estabilizadores do humor) foi investigado neste estudo, pois seu uso poderia comprometer a medida de constructos subjetivos como a utilização de instrumentos psicométricos, como a ansiedade, depressão e estresse percebido (LARAIA, 2001). Para a classificação destas medicações utilizou-se a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº277 de 16 de abril de 2019 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2019).

### **5.8.2 Instrumento de avaliação de ansiedade e depressão**

A avaliação da ansiedade e depressão, nos três momentos investigados, foi realizada com o instrumento *Hospital Anxiety and Depression Scale* (ZIGMOND; SNAITH, 1983), em sua versão adaptada para o português por Botega et al. (1995)



(ANEXO B). Este instrumento é de rápida aplicação e de fácil compreensão, com reduzido número de itens e adequação psicométrica. Embora tenha sido inicialmente proposto para pacientes ambulatoriais, após sua extensa utilização, ficou comprovada sua aplicabilidade em diversos contextos (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

Possui 14 questões, (sete para ansiedade e sete para depressão), que abordam sintomas somáticos e psicológicos, com escala de resposta de quatro pontos. Os valores das respostas variam de 0 a 3 (zero a três), cuja soma pode variar de zero a 21 pontos para cada um dos transtornos emocionais pesquisados. Assim, a avaliação das respostas pode ser feita com o valor total de cada subescala (HAD-ansiedade e HAD-depressão) sendo que quanto maior o valor, maior o transtorno emocional.

Neste estudo, o valor do coeficiente de alfa de Cronbach para o instrumento HADS variou entre 0,78 e 0,92 para ansiedade e entre 0,83 e 0,93 para depressão, indicando que a consistência interna variou entre boa e excelente.

### **5.8.3 Instrumento de avaliação do estresse percebido**

A avaliação do estresse percebido foi feita com a *Perceived Stress Scale* (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983) em sua versão validada para adultos no Brasil – *Brazilian Perceived Stress Scale* (BPSS-10) por Reis, Hino e Rodriguez-Añez (2010) (ANEXO C). Foi elaborada com o objetivo de que o indivíduo possa avaliar, de acordo com sua própria percepção, as experiências estressantes no último mês (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983).

Possui 10 itens, organizados em escala de resposta de cinco pontos, em que: 0-nunca; 1-quase nunca; 2-às vezes; 3-quase sempre; e 4-sempre. Possui quatro itens reversos (4, 5, 7 e 8) ou seja, devem ter sua pontuação revertida no momento da computação final dos escores. Após a reversão, todos os itens devem ser somados. A soma das respostas pode variar de 0 a 40 pontos, sendo que quanto maior o valor, maior o estresse percebido (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983; REIS; HINO; RODRIGUEZ-AÑEZ, 2010).

Neste estudo, o valor do coeficiente de alfa de Cronbach para o instrumento BPSS-10 variou entre 0,83 e 0,95, indicando que a consistência interna variou entre boa e excelente.

## 5.9 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram codificados e digitados em planilhas do aplicativo Microsoft Excel® 2016, mediante validação por técnica de dupla digitação, cujos dados foram exportados para o Software IBM SPSS®, versão 22.0, para a realização das análises estatísticas.

Realizadas análises descritivas de frequência simples, de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) das variáveis sociodemográficas e clínicas.

A verificação da associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com o sexo (masculino ou feminino), idade categorizada (adulto ou idoso), situação conjugal (com ou sem companheiro), situação profissional (ativo ou inativo), uso de medicamentos psicoativos (sim ou não), presença de comorbidades (sim ou não), realização de tratamento adjuvante (sim ou não), intercorrências no pós-operatório (sim ou não), tipo de cirurgia (aberta ou videolaparoscopia) e confecção do estoma intestinal (sim ou não) foi feita utilizando-se o teste de *Mann-Whitney*. Para a verificação da associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com a localização e o estadiamento do CCR (0, I, II, III, IV), foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis*.

A correlação entre os sintomas de ansiedade, depressão, estresse percebido e a idade, a escolaridade e o tempo de início do tratamento, assim como a correlação entre os sintomas de ansiedade, depressão, estresse percebido nos três momentos investigados foi verificada utilizando-se o teste de Correlação de *Spearman*. As forças de correlação linear entre as medidas foram classificadas de acordo com a proposta de Ajzen e Fishbein (1998).

Para a comparação entre os sintomas de ansiedade, depressão, estresse percebido nos pacientes com CCR no pré-operatório imediato, no dia da alta e no primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar foi utilizado o teste de *Friedman*.

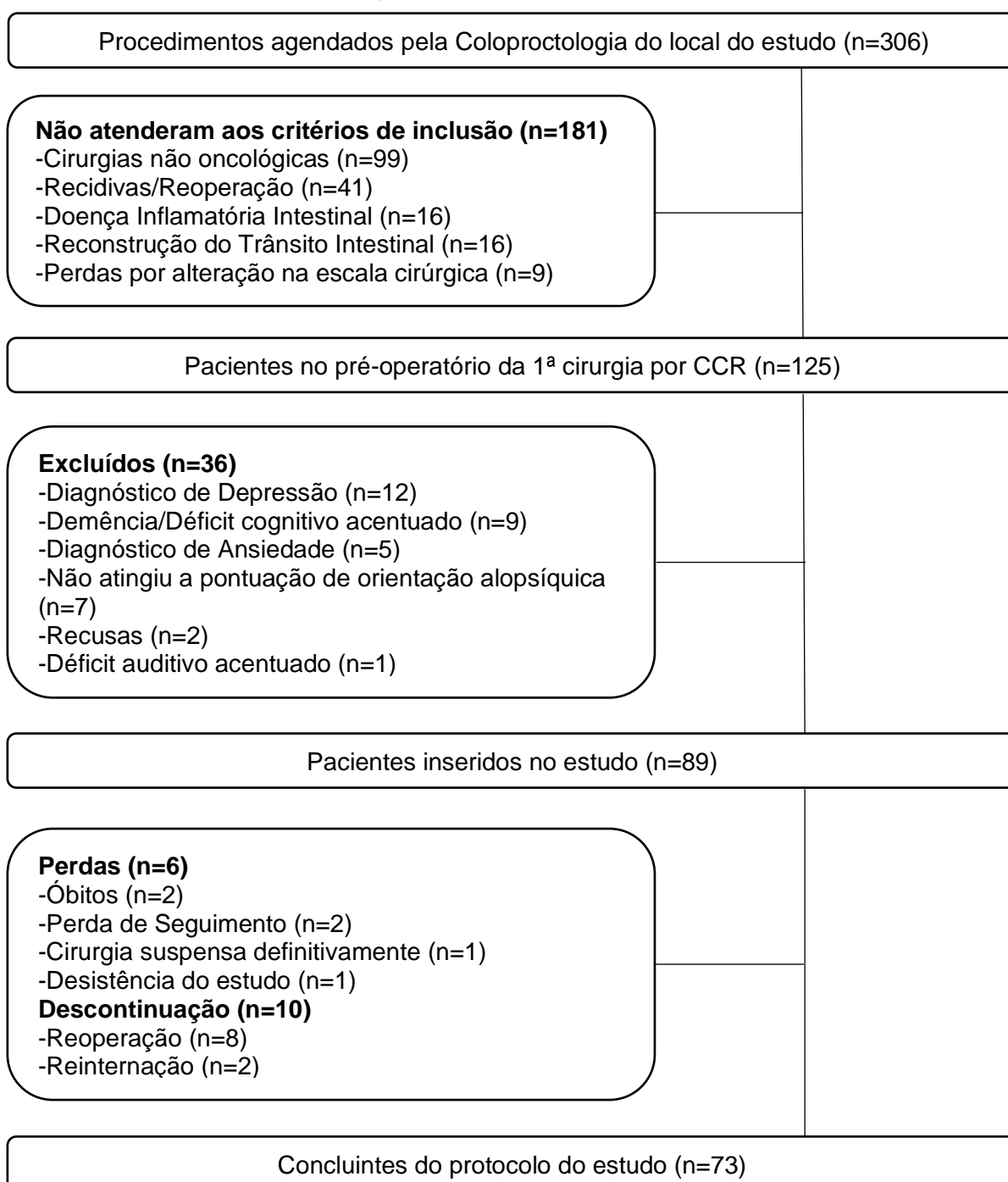
Verificou-se a confiabilidade dos instrumentos escalares (HADS e BPS-10) por meio do cálculo do Coeficiente de alfa de Cronbach, onde valores de consistência interna acima de 0,70 foram considerados como adequados (FAYERS; MACHIN, 2007). Para todas as análises, o nível de significância estatística adotado foi de 5% ( $\alpha = 0,05$ ).



## 6.1 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Durante a coleta de dados, foram agendados 320 procedimentos. Destes, 14 foram suspensos, sendo dez por falta de horário cirúrgico, três por falta de condições clínicas para a realização da cirurgia e um paciente não compareceu à realização do procedimento, o que resultou em 73 participantes.

Figura 2 – Fluxograma da seleção dos participantes do estudo.



Fonte: autor, 2021.

## 6.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA NO PRÉ-OPERATÓRIO

A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra deste estudo com 73 participantes está demonstrada nas tabelas de 1 a 5. A maioria era proveniente de cidades do estado de São Paulo (95,9%), mas houve atendimentos de pacientes dos estados da Bahia, Minas Gerais e Piauí.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos 73 participantes, segundo sexo, idade, situação conjugal, cor da pele, escolaridade e situação profissional. Ribeirão Preto, 2021

Variável	n (%)	Média (DP)*	Mediana
<b>Sexo</b>			
Feminino	38 (52,1)		
Masculino	35 (47,9)		
<b>Total</b>	<b>73 (100)</b>		
<b>Idade</b>		61,8 (13,0)	62,0
<b>Situação conjugal</b>			
Com companheiro	44 (60,3)		
Sem companheiro	29 (39,7)		
<b>Total</b>	<b>73 (100)</b>		
<b>Cor da pele (autorreferida)</b>			
Branca	59 (80,8)		
Preta/Parda	14 (19,2)		
<b>Total</b>	<b>73 (100)</b>		
<b>Escolaridade</b> (anos completos)		7,2 (4,0)	7,0
<b>Situação Profissional</b>			
Inativos	57 (78,1)		
Ativos	16 (21,9)		
<b>Total</b>	<b>73 (100)</b>		

Média (DP)\*: Média (Desvio-Padrão).

A idade dos participantes variou entre 28 e 89 anos. Dentre os “Sem companheiro”, onze (15,1%) eram viúvos, nove (12,3%) solteiros e nove (12,3%) separados. Dez (13,7%) se autodeclararam com cor de pele preta e quatro (5,5%) pele parda. A escolaridade variou entre zero e 19 anos completos de estudo. Em relação à situação profissional, entre os “Inativos”, 36 (49,3%) eram aposentados, dez

(13,7%) “do lar”, sete (9,6%) em afastamento por doença e quatro (5,5%) estavam desempregados na primeira entrevista.

Tabela 2 – Caracterização clínica dos 73 participantes, segundo presença de comorbidades, IMC e uso de medicações psicoativas no domicílio. Ribeirão Preto, 2021

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Presença de Comorbidades</b>		
Sim	57	78,1
Não	16	21,9
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
<b>Comorbidades</b>		
Hipertensão Arterial Sistêmica	43	58,9
Diabetes Mellitus	13	17,8
Dislipidemia	11	15,1
Anemia	6	8,2
Outras neoplasias primárias	3	4,1
Outras comorbidades	42	57,5
<b>IMC Idosos* (n=41)</b>		
Baixo peso	5	12,2
Adequado	13	31,7
Sobrepeso	21	51,2
Não disponível	2	4,9
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>
<b>IMC Adultos** (n=32)</b>		
Baixo Peso	2	6,3
Adequado	9	28,1
Sobrepeso	7	21,9
Obesidade	12	37,4
Não disponível	2	6,3
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>
<b>Uso de medicações psicoativas no domicílio</b>		
Não	66	90,4
Sim	7	9,6
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

IMC Idosos\*: Índice de Massa Corporal em idosos. IMC Adultos\*\*: Índice de Massa Corporal em adultos.

Houve a presença de comorbidades físicas com 118 indicações, ou seja, mais de uma comorbidade por cada participante. Dentre as outras comorbidades, identificou-se nove participantes com comorbidades gástricas, seis (8,2%) com comorbidades circulatórias e seis com cardíacas, cinco (6,8%) com comorbidades respiratórias e cinco (6,8%) renais, quatro (5,5%) com doenças endócrinas, dois participantes (2,7%) com o diagnóstico de Epilepsia, dois (2,7%) com Hiperplasia Benigna da Próstata, um (1,4%) com Osteoartrose, um (1,4%) com Talassemia e um (1,4%) com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Em outras neoplasias primárias, duas (2,7%) participantes tinham câncer de mama e um participante (1,4%) carcinoma hepatocelular por hepatite C.

O IMC foi categorizado segundo a recomendação do Ministério da Saúde Brasileiro (BRASIL, 2018). Portanto, os participantes foram divididos em adultos e idosos e, posteriormente, categorizados em percentis para cada faixa etária. No que concerne às medicações psicoativas de uso domiciliar, três pacientes (4,1%) utilizavam Sertralina, dois (2,7%) Clonazepan, um (1,4%) Carbamazepina e um (1,4%) Levetiracetam, no pré-operatório.

A caracterização clínica dos participantes segundo a localização da neoplasia, tipo histológico e estadiamento tumoral está contemplada na tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização clínica dos 73 participantes, segundo a localização da neoplasia, tipo histológico e estadiamento tumoral. Ribeirão Preto, 2021

Variável	n	%
<b>Localização da Neoplasia</b>		
Junção Retossigmoide	20	27,5
Sigmoide	15	20,5
Reto	15	20,5
Cólon Ascendente	8	11,0
Ceco	6	8,2
Cólon Descendente	3	4,1
Outras topografias	6	8,2
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo Histológico</b>		
Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado	65	89,1
Adenocarcinoma Pouco Diferenciado	2	2,7
Outros	3	4,1
Não disponível	3	4,1
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
<b>Estadiamento tumoral</b>		
Estadio 0	2	2,7
Estadio I	6	8,2
Estadio II	18	24,7
Estadio III	36	49,3
Estadio IV	7	9,6
Não disponível	4	5,5
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

De acordo com a Classificação ASA (American Society of Anesthesiologists), 47 (64,4%) participantes foram classificados como ASA II, 21 (28,8%) como ASA III e quatro (6,8%) como ASA IV (DOYLE et al., 2020).

A maioria (57,5%) possuía cirurgias abdominais prévias (excetuando-se CCR). Em relação às outras topografias, dois participantes possuíam tumores no canal anal e um na flexura esplênica; e dois participantes com tumores sincrônicos, ou seja, tumores independentes, concomitantemente paciente um no ceco e sigmoide; e para outro, no cólon transversal e reto.



O estadiamento tumoral de quatro participantes, assim como o tipo histológico de outros três não estavam disponíveis no prontuário eletrônico. Dentre estes, dois haviam realizado procedimento paliativo para confecção de colostomia, sem coleta de material para biópsia ou ressecção.

Os tratamentos neoadjuvantes realizados podem ser observados na tabela 4.

Tabela 4 – Caracterização clínica dos 73 participantes, segundo a realização de tratamento neoadjuvante. Ribeirão Preto, 2021

Variável	n	%
<b>Tratamento Neoadjuvante</b>		
Não	63	86,3
Sim	10	13,7
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de Tratamento Neoadjuvante*</b>		
Quimioterapia associada à radioterapia	8	80,0
Radioterapia	2	20,0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

\* Valores referentes à 10 pacientes.

O tempo médio entre a data do diagnóstico e o início do tratamento foi de 38 dias (Mediana=25,0; DP=43,6), com variação entre zero e 260 dias. Os tempos médios para início de tratamento cirúrgico, neoadjuvante, de pré-operatório, de internação e do 1º retorno ambulatorial podem ser observados na tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização dos 73 participantes do estudo, segundo o tempo para início do tratamento, dias de pré-operatório, tempo total de internação e 1º retorno ambulatorial. Ribeirão Preto, 2021

Variável	Média (DP)*	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>Dias para o Início do tratamento</b>				
Cirúrgico**	30,1 (31,5)	24,5	0	118
Neoadjuvante***	85 (72,5)	75	1	260
<b>Dias de Pré-Operatório</b>	2,92 (3,4)	2,0	1	29
<b>Tempo total de Internação</b>	8,0 (4,9)	7,0	3	34
<b>Dias para o 1º retorno ambulatorial</b>	19,9 (8,5)	20	2	50

Média (DP)\*: Média (Desvio-Padrão). \*\* Valores referentes à 60 pacientes. \*\*\* Valores referentes à 10 pacientes.

A data do diagnóstico não estava disponível no prontuário de três participantes, o que impossibilitou o cálculo de dias para o início de tratamento destes participantes.

Treze participantes referiram dor no pré-operatório, de intensidade média 7 (Mediana=8,0; DP=3,0), sendo que oito referiram dor abdominal e cinco referiram dor em outras topografias. Quatro participantes tiveram suas cirurgias remarcadas, sendo duas por falta de horário disponível no centro cirúrgico, uma por instabilidade hemodinâmica e a outra por alterações nos exames clínicos (leucocitose).

Todos os participantes do estudo receberam a demarcação pré-operatória do local do estoma. Três participantes (4,1%) relataram não ter sido avisados pela equipe médica, no pré-operatório, sobre a possibilidade de confecção de estoma intestinal.

A tabela 6 mostra a resposta dos participantes à pergunta: “Qual a sua maior preocupação nesta cirurgia?”.

Tabela 6 – Caracterização dos 73 participantes do estudo, segundo a maior preocupação com a cirurgia. Ribeirão Preto, 2021.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Preocupação com a cirurgia</b>		
Confecção de estoma	41	56,2
Cura	8	11,0
Dependência física ou financeira	6	8,2
Família	4	5,5
Anestesia	3	4,1
Recuperação	3	4,1
Morte	2	2,7
Outras	6	8,2
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

### 6.3 RELAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE PERCEBIDO NO PRÉ-OPERATÓRIO COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

O escore médio de ansiedade no pré-operatório foi de 7,3 (mediana= 8,0; DP=3,9), de depressão foi 3,92 (Mediana= 3,0; DP=3,6) e de estresse percebido foi 19,5 (mediana= 19,0; DP=7,4). A análise descritiva dos sintomas de ansiedade,

depressão e estresse percebido segundo as características sociodemográficas e clínicas encontra-se nas tabelas 7 e 8.

Tabela 7 – Análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no pré-operatório, segundo o sexo, idade categorizada, situação conjugal, situação profissional e valores de probabilidade ( $p$ ) associados ao teste de *Mann-Whitney*. Ribeirão Preto, 2021.

Variáveis	Ansiedade	Depressão	Estresse Percebido
	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*
<b>Sexo</b>			
Feminino (n=38)	9,0 (0 – 16)	3,0 (0 – 11)	18,5 (6 – 37)
Masculino (n=35)	6,0 (0 – 16)	3,0 (0 – 13)	19,0 (5 - 36)
	$p=0,133$	$p=0,668$	$p=0,707$
<b>Idade Categorizada</b>			
Idosos (n=41)	6,0 (0 – 13)	4,0 (0 – 10)	18,0 (6 – 37)
Adultos (n=32)	8,0 (0 – 16)	2,0 (0 – 13)	19,0 (5 – 36)
	$p=0,205$	$p=0,410$	$p=0,361$
<b>Situação Conjugal</b>			
Com companheiro (n=44)	7,5 (0 – 16)	2,0 (0 – 10)	19,0 (5 - 37)
Sem Companheiro (n=29)	9,0 (0 – 16)	3,0 (0 – 13)	19,0 (10 – 36)
	$p=0,825$	$p=0,197$	$p=0,668$
<b>Situação Profissional</b>			
Inativos (n=57)	7,0 (0 – 15)	3,0 (0 – 11)	19,0 (5 – 37)
Ativos (n=16)	9,0 (3 – 16)	1,5 (0 – 13)	21,0 (6 – 36)
	$p=0,088$	$p=0,393$	$p=0,251$

(Min – Máx)\*: Mínimo-Máximo.

Os dados da amostra estudo não apresentaram uma distribuição normal e, portanto, optou-se pela realização de testes estatísticos não paramétricos, optando-se por apresentar os valores da mediana, mínimo e máximo nas tabelas. Houve correlação fraca e negativa entre a escolaridade e ansiedade ( $r=-0,158$ ), depressão ( $r=-0,151$ ) e estresse percebido ( $r=-0,161$ ), todas sem significância estatística. Não houve correlação entre os sintomas investigados e o número de dias para início do tratamento.

Tabela 8 – Análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no pré-operatório, segundo a presença de comorbidades, realização de tratamento neoadjuvante, uso de medicações psicoativas no domicílio e estadiamento do CCR e valores de probabilidade ( $p$ ) associados ao teste de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*. Ribeirão Preto, 2021.

Variáveis	Ansiedade	Depressão	Estresse Percebido
	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*
<b>Presença de Comorbidades</b>			
Sim (n=57)	8,0 (0 – 15)	4,0 (0 – 11)	18,0 (5 – 37)
Não (n=16)	7,0 (1 – 16)	2,0 (0 – 13)	20,5 (6 – 36)
	$p=0,703^{**}$	$p=0,197^{**}$	$p=0,304^{**}$
<b>Tratamento Neoajuvante</b>			
Não (n=63)	8,0 (0 – 16)	3,0 (0 – 11)	19,0 (6 – 37)
Sim (n=10)	7,0 (0 – 16)	1,0 (0 – 13)	20,5 (5 – 36)
	$p=0,853^{**}$	$p=0,271^{**}$	$p=0,974^{**}$
<b>Uso de medicações psicoativas no domicílio</b>			
Não (n=66)	7,5 (0 – 16)	3,0 (0 – 13)	19,5 (5 – 37)
Sim (n=7)	9,0 (3 – 12)	3,0 (0 – 11)	15,0 (6 – 29)
	$p=0,435^{**}$	$p=0,977^{**}$	$p=0,105^{**}$
<b>Estadiamento CCR</b>			
0 (n=2)	7,0 (5 – 9)	9,0 (8 – 10)	24,0 (19 – 29)
I (n=6)	7,5 (2 – 10)	3,5 (0 – 4)	14,0 (10 – 20)
II (n=18)	4,0 (0 – 11)	2,0 (0 – 10)	19,5 (5 – 32)
III (n=36)	9,0 (0 – 16)	2,0 (0 – 13)	19,5 (8 – 37)
IV (n=7)	8,0 (5 – 15)	6,0 (1 – 11)	22,0 (15 – 36)
Não disponível (n=4)	5,5 (5 – 10)	5,0 (1 – 10)	15,0 (13 – 18)
	$p=0,069^{***}$	$p=0,462^{***}$	$p=0,069^{***}$

(Min – Máx)\*: Mínimo-Máximo. \*\*Teste *Mann-Whitney*. \*\*\* Teste *Kruskal-Wallis*.

Não foram encontradas associações dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido e a presença de comorbidades, realização de tratamento neoadjuvante, uso de medicações psicoativas no domicílio e estadiamento do CCR. Houve forte correlação positiva entre os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no pré-operatório, como pode ser observado na tabela 9.

Tabela 9 – Correlação entre os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no pré-operatório, com os respectivos valores de probabilidade ( $p$ ) associados ao teste de correlação de *Spearman*. Ribeirão Preto, 2021.

Variáveis	Ansiedade		Depressão		Estresse Percebido	
	r	p	r	p	r	p
<b>Ansiedade</b>	-	-	0,556	<b>0,000*</b>	0,592	<b>0,000*</b>
<b>Depressão</b>	0,556	<b>0,000*</b>	-	-	0,600	<b>0,000*</b>
<b>Estresse Percebido</b>	0,592	<b>0,000*</b>	0,600	<b>0,000*</b>	-	-

\* $p < 0,05$ : significância estatística

#### 6.4 CARACTERIZAÇÃO CIRÚRGICA DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A descrição das cirurgias realizadas, pelos participantes do estudo, está na tabela 10.

Tabela 10 – Caracterização dos 73 participantes do estudo, segundo tipo de cirurgia realizada. Ribeirão Preto, 2021

Variável	n	%
<b>Cirurgia realizada</b>		
Colectomia	29	39,7
Retossigmoidectomia	29	39,7
Amputação abdominoperineal do reto	5	6,9
Sigmoidectomia	4	5,5
Colostomia	2	2,7
Outras	4	5,5
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de cirurgia</b>		
Convencional	46	63,0
Videolaparoscopia	27	37,0
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

As cirurgias duraram, em média, três horas e vinte e sete minutos, sendo que o maior tempo de duração foi de nove horas e cinquenta minutos e o menor tempo de duração foi de 41 minutos.

Nas fichas operatórias, obteve-se quatro intercorrências intraoperatórias, onde dois participantes apresentaram sangramento, sendo que um apresentou arritmia cardíaca e o outro hipotensão arterial, porém, sem necessidade de interrupção da cirurgia.

A maioria dos participantes (58,9%) não necessitou da confecção de estomia intestinal na primeira cirurgia (tabela 11).

Tabela 11 – Caracterização dos participantes do estudo, segundo a confecção de estomia intestinal, tipo e localização da estomia. Ribeirão Preto, 2021

Variável	n	%
<b>Confecção de estomia intestinal</b>		
Não	43	58,9
Sim	30	41,1
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de estomia*</b>		
Colostomia	25	83,4
Ileostomia	4	13,3
Ileostomia + Urostomia	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>Localização da estomia*</b>		
Quadrante Superior Esquerdo	12	40,0
Quadrante Superior Direito	9	30,0
Quadrante Inferior Direito	5	16,7
Quadrante Inferior Esquerdo	3	10,0
Perineal	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

\* Valores referentes à 30 pacientes.

As intercorrências registradas nos prontuários dos participantes durante o pós-operatório mediato (POM) na enfermaria, estão descritas na tabela 12. Observou-se que 74% dos pacientes apresentaram, ao menos, uma intercorrência no POM.

Tabela 12 – Intercorrências registradas nos prontuários dos participantes do estudo durante o pós-operatório mediato. Ribeirão Preto, 2021

Variável	n	%
<b>Intercorrências no pós-operatório mediato</b>		
Sim	54	74,0
Não	19	26,0
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de intercorrência</b>		
Dor	42	57,8
Náuseas	24	32,9
Vômitos	21	28,8
Distensão abdominal	13	17,8
Sangramento	6	8,2
Desconforto respiratório	6	8,2
Outras	22	30,1

Dentre as intercorrências categorizadas como “Outras”, registraram-se a hipotensão e hipertensão arterial, febre, edema dos membros inferiores e retenção urinária. Os participantes ficaram, em média, 1,5 dias em jejum (Mediana=1,0; DP=1,1) após a cirurgia, o que variou entre zero e nove dias sem dieta no PO mediato. Cinco dos participantes que já faziam uso de medicações psicoativas no pré-operatório continuaram a usar a medicação no pós-operatório.

O tempo médio de internação no PO foi de 5,1 dias (Mediana=4,0; DP=3,5) e variou entre dois e 23 dias. Todos os participantes receberam alta hospitalar para o domicílio, além da guia de contrarreferência ao serviço de saúde de origem, em nível secundário de assistência à saúde do SUS. Além disso, todos os participantes que passaram pela confecção de estomia intestinal referiram ter recebido orientações relacionadas à estomia e receberam encaminhamento para o Serviço de Atenção ao Estomizado, também à nível secundário de assistência à saúde do SUS.

## 6.5 RELAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE PERCEBIDO NA ALTA HOSPITALAR COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

O escore médio de ansiedade na alta hospitalar foi 7,3 (mediana= 8,0; DP=3,9), de depressão foi 3,92 (Mediana= 3,0; DP=3,6) e de estresse percebido foi 19,5 (mediana= 19,0; DP=7,4). A análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido na alta hospitalar, segundo as características sociodemográficas, encontra-se na tabela 13.

Tabela 13 – Análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido na alta hospitalar, segundo o sexo, idade categorizada, situação conjugal, situação profissional e valores de probabilidade ( $p$ ) associados ao teste de *Mann-Whitney*. Ribeirão Preto, 2021.

Variáveis	Ansiedade	Depressão	Estresse Percebido
	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*
<b>Sexo</b>			
Feminino (n=38)	6,0 (1 – 14)	3,0 (0 – 12)	20,5 (7 – 34)
Masculino (n=35)	7,0 (0 – 16)	3,0 (0 – 14)	19,0 (0 - 36)
	$p=0,425$	$p=0,942$	$p=0,359$
<b>Idade Categorizada</b>			
Idosos (n=41)	6,0 (1 – 13)	4,0 (0 – 12)	20,0 (1 – 33)
Adultos (n=32)	7,0 (0 – 16)	2,5 (0 – 14)	20,5 (0 – 36)
	$p=0,635$	$p=0,341$	$p=0,347$
<b>Situação Conjugal</b>			
Com companheiro (n=44)	6,0 (0 – 14)	3,0 (0 – 11)	20,0 (0 - 33)
Sem Companheiro (n=29)	7,0 (1 – 16)	3,0 (0 – 14)	20,0 (10 – 36)
	$p=0,399$	$p=0,148$	$p=0,484$
<b>Situação Profissional</b>			
Inativos (n=57)	6,0 (0 – 14)	3,0 (0 – 12)	20,0 (0 – 34)
Ativos (n=16)	8,0 (1 – 16)	2,5 (0 – 14)	25,0 (7 – 36)
	$p=0,132$	$p=0,893$	$p=0,105$

(Min – Máx)\*: Mínimo-Máximo.



Não houve associações dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com as variáveis sexo, idade categorizada, situação conjugal e situação profissional, no dia da alta hospitalar. Na tabela 14, encontra-se a análise descritiva dos sintomas investigados na alta hospitalar, segundo as características clínicas.

Tabela 14 – Análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido na alta hospitalar, segundo presença de intercorrências no POM, uso de psicotrópicos na internação, tipo de cirurgia, confecção de estoma intestinal e valores de probabilidade ( $p$ ) associados ao teste de *Mann-Whitney*. Ribeirão Preto, 2021

Variáveis	Ansiedade	Depressão	Estresse Percebido
	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*
<b>Intercorrências na enfermaria</b>			
Sim (n=54)	6,5 (0 – 16)	3,0 (0 – 14)	20,5 (1 – 36)
Não (n=19)	5,0 (0 – 11)	3,0 (0 – 12)	17,0 (0 – 32)
	$p=0,136$	$p=0,980$	$p=0,153$
<b>Psicotrópicos na internação</b>			
Não (n=68)	6,0 (0 – 16)	3,0 (0 – 14)	20,0 (0 - 36)
Sim (n=5)	4,0 (3 – 12)	2,0 (0 – 11)	14,0 (6 – 29)
	$p=0,388$	$p=0,437$	$p=0,091$
<b>Tipo de cirurgia</b>			
Aberta (n=46)	7,0 (0 – 16)	4,5 (0 – 14)	22,0 (0 - 36)
VLP (n=27)	5,0 (1 – 13)	2,0 (0 – 12)	19,0 (7 - 32)
	$p=0,026^{**}$	$p=0,013^{**}$	$p=0,026^{**}$
<b>Estoma Intestinal</b>			
Não (n=43)	5,0 (1 – 13)	2,0 (0 – 12)	18,0 (1 – 33)
Sim (n=30)	8,0 (0 – 16)	5,0 (0 – 14)	23,0 (0 – 36)
	$p=0,000^{**}$	$p=0,004^{**}$	$p=0,007^{**}$

(Min – Máx)\* : Mínimo-Máximo. \*\* $p<0,05$ : significância estatística.

Observou-se que os participantes que passaram por cirurgias convencionais (laparotomias) apresentaram maiores medianas nos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido, com diferenças estatisticamente significantes. Da mesma forma, participantes com confecção de estoma intestinal apresentaram

maiores medianas de sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido, também com diferenças estatisticamente significantes.

Houve forte correlação positiva entre os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido na alta hospitalar, como pode ser observado na tabela 15.

Tabela 15 – Correlação entre sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido na alta hospitalar, com os respectivos valores de probabilidade ( $p$ ) associados ao teste de correlação de *Spearman*. Ribeirão Preto, 2021

Variáveis	Ansiedade		Depressão		Estresse Percebido	
	$r$	$p$	$r$	$p$	$r$	$p$
<b>Ansiedade</b>	-	-	0,715	<b>0,000*</b>	0,801	<b>0,000*</b>
<b>Depressão</b>	0,715	<b>0,000*</b>	-	-	0,704	<b>0,000*</b>
<b>Estresse Percebido</b>	0,801	<b>0,000*</b>	0,704	<b>0,000*</b>	-	-

\*  $p < 0,05$ : significância estatística

## 6.6 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO NO PRIMEIRO RETORNO AMBULATORIAL APÓS A ALTA HOSPITALAR

No hospital onde o estudo foi desenvolvido, os retornos ambulatoriais eram agendados, rotineiramente, para três semanas, após a alta hospitalar. O tempo médio entre a alta hospitalar e o primeiro retorno ambulatorial dos participantes foi de 19,9 dias (Mediana=20,0; DP=8,5). A caracterização dos 73 participantes no primeiro retorno ambulatorial segundo a presença de acompanhante, dificuldades, complicações cirúrgicas e dúvidas sobre o pós-operatório pode ser verificada na tabela 16.

Tabela 16 – Caracterização dos 73 participantes no primeiro retorno ambulatorial, segundo a presença de acompanhante, dificuldades, complicações cirúrgicas e dúvidas sobre o pós-operatório. Ribeirão Preto, 2021

Variável	n	%
<b>Presença de acompanhante</b>		
Sim	68	93,2
Não	5	6,8
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
<b>Dificuldades no Pós-operatório no domicílio</b>		
Sim	50	68,5
Não	23	31,5
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
<b>Complicações cirúrgicas no Pós-operatório</b>		
Não	52	71,2
Sim	21	28,8
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
<b>Dúvidas sobre o Pós-operatório</b>		
Não	41	56,2
Sim	32	43,8
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
<b>Uso de medicações psicoativas no domicílio</b>		
Não	66	90,4
Sim	7	9,6
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

Em relação aos acompanhantes, 28 (41,2%) eram filhos, 20 (29,4%) eram familiares, 19 (28,0%) companheiros e um (1,5%) era cuidador. Sobre as dificuldades no PO, 50 participantes referiram ter tido uma ou mais dificuldades, sendo elas: dor abdominal e na ferida operatória (FO), distensão abdominal, saída de secreção pela FO, inapetência, diarreia, incontinência fecal, constipação, sangramento, entre outras. Mais de um quarto da amostra referiu ter tido, pelo menos, uma complicação cirúrgica no PO, sendo que nove (42,9%) referiram deiscência parcial da FO, oito (38,1%) com saída de exsudação pela FO, quatro (19,1%) referiram infecção na FO e seis (28,6%) queixaram-se de outras complicações.

Quase metade dos participantes referiu ter tido, ao menos, uma dúvida sobre o PO. As principais dúvidas foram sobre repouso, alimentação, cuidados com a FO, relações sexuais após a cirurgia, uso de cinta compressiva abdominal, virilidade e fertilidade após os tratamentos adjuvantes, alteração do hábito intestinal, dentre outras. No que tange às medicações psicoativas usadas no domicílio, três pacientes (4,1%) faziam uso de Sertralina, dois (2,7%) de Clonazepan, um (1,4%) de Carbamazepina e um (1,4%) de Levetiracetam no domicílio.

#### 6.7 RELAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE PERCEBIDO NO PRIMEIRO RETORNO AMBULATORIAL COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

O escore médio de ansiedade no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar foi 9,5 (mediana= 10,0; DP=4,6), de depressão foi 7,3 (Mediana= 7,0; DP=5,0) e de estresse percebido foi 26 (mediana= 29,0; DP=8,9). A análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no primeiro retorno ambulatorial, segundo as características sociodemográficas, encontra-se na tabela 17.

Tabela 17 – Análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no primeiro retorno ambulatorial, segundo o sexo, idade categorizada, situação conjugal, situação profissional e valores de probabilidade ( $p$ ) associados ao teste de *Mann-Whitney*. Ribeirão Preto, 2021

Variáveis	Ansiedade	Depressão	Estresse Percebido
	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*
<b>Sexo</b>			
Feminino (n=38)	10,0 (2 – 17)	7,0 (0 – 17)	28,0 (8 – 38)
Masculino (n=35)	9,0 (0 – 18)	7,0 (0 – 19)	29,0 (0 – 38)
	$p=0,517$	$p=0,825$	$p=0,711$
<b>Idade Categorizada</b>			
Idosos (n=41)	10,0 (0 – 17)	8,0 (0 – 19)	29,0 (1 – 37)
Adultos (n=32)	9,0 (2 – 18)	5,0 (0 – 18)	26,0 (0 – 38)
	$p=0,863$	$p=0,174$	$p=0,815$
<b>Situação Conjugal</b>			
Com companheiro (n=44)	8,0 (0 – 17)	7,0 (0 – 19)	27,5 (0 – 38)
Sem Companheiro (n=29)	10,0 (2 – 18)	8,0 (1 – 18)	29,0 (12 – 38)
	$p=0,171$	$p=0,098$	$p=0,240$
<b>Situação Profissional</b>			
Inativos (n=57)	9,0 (0 – 17)	7,0 (0 – 19)	27,0 (0 – 38)
Ativos (n=16)	11,5 (4 – 18)	7,5 (2 – 18)	31,5 (11 – 38)
	$p=0,149$	$p=0,367$	$p=0,075$

(Min – Máx)\* : Mínimo-Máximo.

Não houve associação entre os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido e as variáveis sexo, idade categorizada, situação conjugal e situação profissional. A análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido na alta hospitalar, segundo as características clínicas, encontra-se na tabela 18.

Tabela 18 – Análise descritiva dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no primeiro retorno ambulatorial, segundo a ocorrência de dificuldades, complicações cirúrgicas e dúvidas no pós-operatório, uso de medicações psicoativas no domicílio, tipo de cirurgia, confecção de estomia intestinal e valores de probabilidade ( $p$ ) associados ao teste de *Mann-Whitney*. Ribeirão Preto, 2021

Variáveis	Ansiedade	Depressão	Estresse Percebido
	Mediana (Min – Máx)	Mediana (Min – Máx)	Mediana (Min – Máx)
<b>Dificuldades no Pós-operatório</b>			
Sim (n=50)	10,0 (2 – 18)	7,0 (0 – 19)	29,5 (0 – 38)
Não (n=23)	8,0 (0 – 16)	5,0 (0 – 16)	24,0 (1 - 38)
	$p=0,143$	$p=0,311$	$p=0,078$
<b>Complicações cirúrgicas no Pós-operatório</b>			
Não (n=52)	9,0 (0 – 17)	7,0 (0 – 19)	28,0 (0 – 38)
Sim (n=21)	11,0 (2 – 18)	7,0 (0 – 18)	31,0 (11 – 38)
	$p=0,241$	$p=0,199$	$p=0,288$
<b>Dúvidas sobre o Pós-operatório</b>			
Não (n=41)	10,0 (2 – 17)	8,0 (0 – 19)	29,0 (0 – 38)
Sim (n=32)	9,0 (0 – 18)	7,0 (0 – 18)	28,5 (1 – 38)
	$p=0,938$	$p=0,819$	$p=0,730$
<b>Uso de medicações psicoativas no domicílio</b>			
Não (n=66)	9,5 (2 – 18)	7,0 (0 – 19)	28,5 (0 - 38)
Sim (n=7)	11,0 (0 – 16)	7,0 (0 – 13)	30,0 (1 – 35)
	$p=0,970$	$p=0,822$	$p=0,888$
<b>Tipo de cirurgia</b>			
Aberta (n=46)	11,5 (0 – 18)	8,0 (0 – 19)	30,0 (0 - 38)
VLP (n=27)	7,0 (2 – 17)	4,0 (0 – 17)	23,0 (8 - 35)
	$p=0,005^{**}$	$p=0,005^{**}$	$p=0,002^{**}$
<b>Estoma Intestinal</b>			
Não (n=43)	7,0 (0 – 17)	4,0 (0 – 17)	24,0 (1 – 37)
Sim (n=30)	12,0 (3 – 18)	10,0 (0 – 19)	32,0 (0 – 38)
	$p=0,000^{**}$	$p=0,000^{**}$	$p=0,000^{**}$

(Min – Máx)\*: Mínimo-Máximo. \*\* $p<0,05$ : significância estatística.

Os participantes que passaram por cirurgias convencionais, apresentaram, também no primeiro retorno ambulatorial, maiores medianas nos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido, com diferenças estatisticamente significante e, mesma forma, os participantes com confecção da estomia intestinal apresentaram maiores medianas de sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido, com diferenças estatisticamente significante.

Houve forte correlação positiva entre os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no primeiro retorno ambulatorial, como apresentado na tabela 19.

Tabela 19 – Correlação entre sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no pré-operatório, com os respectivos valores de probabilidade ( $p$ ) associados ao teste de correlação de *Spearman*. Ribeirão Preto, 2021

Variáveis	Ansiedade		Depressão		Estresse Percebido	
	$r$	$p$	$r$	$p$	$r$	$p$
<b>Ansiedade</b>	-	-	0,871	<b>0,000*</b>	0,883	<b>0,000*</b>
<b>Depressão</b>	0,871	<b>0,000*</b>	-	-	0,794	<b>0,000*</b>
<b>Estresse Percebido</b>	0,883	<b>0,000*</b>	0,794	<b>0,000*</b>	-	-

\*  $p < 0,05$ : significância estatística

Em relação aos participantes estomizados, 26 (86,7%) referiram ter, ao menos, uma dúvida sobre os cuidados com o estoma no PO, conforme pode ser observado na tabela 20.

Tabela 20 – Caracterização dos 30 participantes estomizados no primeiro retorno ambulatorial, segundo a ocorrência de dúvidas sobre os cuidados com o estoma no pós-operatório. Ribeirão Preto, 2021

Variável	n	%
<b>Recorte da base do Equipamento Coletor*</b>		
Sim	23	76,7
Não	7	23,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Confecção do molde*</b>		
Sim	15	50,0
Não	15	50,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Convexidade do Equipamento Coletor*</b>		
Sim	5	16,7
Não	25	83,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Alimentação*</b>		
Sim	5	16,7
Não	25	83,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Outras*</b>		
Sim	9	30,0
Não	21	70,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

\*Valores referentes à 30 pacientes.

As dúvidas categorizadas como “Outras”, estavam relacionadas com encaixe do equipamento coletor de duas peças (4 – 13,3%), relações sexuais após a estomização (3 – 10,0%), remoção do EC (1 – 3,3%) e fertilidade após a confecção do estoma intestinal (1 – 3,3%). Nove participantes (30%) apresentaram alguma complicação relacionada à estomia intestinal, sendo que oito (26,7%) apresentaram dermatite e um (3,3%) prolapso.

Quatro participantes (13,3%) afirmaram realizar o autocuidado com o estoma e 26 (86,7%) dependiam de outra pessoa para a realização do cuidado, sendo 12 (40%)



seus filhos, oito (26,7%) seus familiares, cinco (16,7%) seus companheiros e dois (6,7%) seus cuidadores.

Quando questionados sobre a possibilidade de tratamento adjuvante, 49 (67,1%) referiram estar cientes dessa possibilidade, doze (16,4%) disseram não saber dessa possibilidade, onze (15,1%) disseram não terem sido informados e um (1,4%) disse que não havia a possibilidade de realização de tratamento adjuvante.

Entre os participantes que estavam cientes desta possibilidade, 23 (46,9%) disseram que fariam quimioterapia antineoplásica, 13 (26,5%) não sabiam qual tratamento realizariam, 11 (22,4%) relataram que fariam radioterapia em associação com quimioterapia antineoplásica, um (2,0%) disse que faria radioterapia e um (2,0%) disse não ser sido informado sobre qual tratamento realizaria.

## 6.8 COMPARAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE PERCEBIDO NO PRÉ-OPERATÓRIO, NO DIA DA ALTA HOSPITALAR E NO PRIMEIRO RETORNO AMBULATORIAL APÓS A ALTA HOSPITALAR

Na tabela 21 encontram-se as medianas das medidas de ansiedade, depressão e estresse percebido, além de sua comparação nos três tempos investigados: pré-operatório, dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar.

Tabela 21 – Comparação das medianas dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no pré-operatório, no dia da alta e no primeiro retorno ambulatorial, após alta hospitalar e os valores de probabilidade ( $p$ ) associados ao teste de *Friedman*. Ribeirão Preto, 2021

Variáveis	Pré-Operatório	Alta	Primeiro Retorno
	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*
<b>Ansiedade</b>	8,0 (0 – 16)	6,0 (0 – 16)	10,0 (0 – 18)
		<b><math>p=0,000^{**}</math></b>	
<b>Depressão</b>	3,0 (0 – 13)	3,0 (0 – 14)	7,0 (0 – 19)
		<b><math>p=0,000^{**}</math></b>	
<b>Estresse Percebido</b>	19,0 (5 – 37)	20,0 (0 – 36)	29,0 (0 – 38)
		<b><math>p=0,000^{**}</math></b>	

(Min – Máx)\*: Mínimo-Máximo. \*\* $p<0,05$ : significância estatística.

Verificou-se o efeito do tempo nos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido.

Em relação à ansiedade, o teste de comparações múltiplas mostrou que os valores dos postos dos sintomas de ansiedade no pré-operatório e no dia da alta foram diferentes, com significância estatística ( $p=0,035$ ), assim como no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial ( $p=0,000$ ) e, também, no pré-operatório e no primeiro retorno ambulatorial ( $p=0,000$ ). Ou seja, os participantes apresentaram níveis diferentes de ansiedade no pré-operatório, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Com relação à depressão, os participantes apresentaram mais sintomas no primeiro retorno ambulatorial em comparação ao pré-operatório ( $p=0,000$ ) e ao dia da alta hospitalar ( $p=0,000$ ). Da mesma forma, apresentaram maior estresse percebido no primeiro retorno ambulatorial em comparação ao pré-operatório ( $p=0,000$ ) e ao dia da alta hospitalar ( $p=0,000$ ), sendo estas diferenças, estatisticamente significantes. Em contrapartida, os níveis de depressão e de estresse percebido no pré-operatório e no dia da alta hospitalar foram semelhantes.

#### 6.9 COMPARAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE PERCEBIDO ENTRE OS PARTICIPANTES COM A CONFECÇÃO DE ESTOMA INTESTINAL NO PRÉ-PERATÓRIO, NO DIA DA ALTA HOSPITALAR E NO PRIMEIRO RETORNO AMBULATORIAL, APÓS A ALTA HOSPITALAR

Na tabela 22 encontram-se as medianas das medidas de ansiedade, depressão e estresse percebido dos participantes com confecção de estoma intestinal ( $n=30$ ), além de sua comparação nos três tempos investigados: pré-operatório, dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial após alta hospitalar.

Tabela 22 – Comparação das medianas dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido dos participantes com confecção de estoma intestinal no pré-operatório, dia da alta e no primeiro retorno ambulatorial, após alta hospitalar e os valores de probabilidade ( $p$ ) associados ao teste de *Friedman*. Ribeirão Preto, 2021

Variáveis	Pré-Operatório	Alta	Primeiro Retorno
	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*
<b>Ansiedade</b>	8,5 (0 – 16)	8,0 (0 – 16)	12,0 (3 – 18)
		<b><math>p=0,000^{**}</math></b>	
<b>Depressão</b>	4,0 (0 – 13)	5,0 (0 – 14)	10,0 (0 – 19)
		<b><math>p=0,000^{**}</math></b>	
<b>Estresse Percebido</b>	19,5 (5 – 36)	23,0 (0 – 36)	32,0 (0 – 38)
		<b><math>p=0,000^{**}</math></b>	

(Min – Máx)\*: Mínimo-Máximo. \*\* $p<0,05$ : significância estatística.

Evidenciou-se o efeito do tempo nos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido entre os participantes com confecção de estoma intestinal.

O teste de comparações múltiplas mostrou que os valores dos postos dos sintomas de ansiedade no pré-operatório e no dia primeiro retorno ambulatorial foram diferentes com significância estatística ( $p=0,000$ ), bem como no dia da alta e no primeiro retorno ambulatorial ( $p=0,000$ ). Portanto, os participantes apresentaram mais sintomas de ansiedade no primeiro retorno ambulatorial quando comparados ao pré-operatório e ao dia da alta hospitalar, cuja diferença foi estatisticamente significativa.

No que diz respeito à depressão, os participantes apresentaram mais sintomas no primeiro retorno ambulatorial em comparação ao pré-operatório ( $p=0,000$ ) e ao dia da alta hospitalar ( $p=0,000$ ). Além disso, apresentaram maior estresse percebido no primeiro retorno ambulatorial em comparação ao pré-operatório ( $p=0,000$ ) e ao dia da alta hospitalar ( $p=0,000$ ), todas estas diferenças foram estatisticamente significantes.

Por outro lado, os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido dos participantes com confecção de estoma intestinal foram semelhantes no pré-operatório e no dia da alta hospitalar.

## 6.10 COMPARAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE PERCEBIDO ENTRE OS PARTICIPANTES SEM A CONFECÇÃO DE ESTOMA INTESTINAL NO PRÉ-PERATÓRIO, NO DIA DA ALTA HOSPITALAR E NO PRIMEIRO RETORNO AMBULATORIAL, APÓS A ALTA HOSPITALAR

Na tabela 23 pode-se observar as medianas das medidas de ansiedade, depressão e estresse percebido entre os pacientes sem confecção de estoma intestinal (n=43), além de sua comparação nos três tempos investigados.

Tabela 23 – Comparação das medianas dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido dos participantes sem a confecção de estoma intestinal no pré-operatório, dia da alta e no primeiro retorno ambulatorial, após alta hospitalar e valores de probabilidade ( $p$ ) associados ao teste de *Friedman*. Ribeirão Preto, 2021

Variáveis	Pré-Operatório	Alta	Primeiro Retorno
	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*	Mediana (Min – Máx)*
<b>Ansiedade</b>	6,0 (0 – 16)	5,0 (1 – 13)	7,0 (0 – 17)
		<b><math>p=0,000^{**}</math></b>	
<b>Depressão</b>	2,0 (0 – 11)	2,0 (0 – 12)	4,0 (0 – 17)
		<b><math>p=0,000^{**}</math></b>	
<b>Estresse Percebido</b>	18,0 (6 – 37)	18,0 (1 – 33)	24,0 (1 – 37)
		<b><math>p=0,000^{**}</math></b>	

(Min – Máx)\* : Mínimo-Máximo. \*\* $p<0,05$ : significância estatística.

Também se verificou o efeito do tempo nos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido nos participantes, sem a confecção do estoma intestinal.

Em relação à ansiedade, o teste de comparações múltiplas indicou que os valores dos postos dos sintomas de ansiedade no pré-operatório e no dia da alta hospitalar foram diferentes com significância estatística ( $p=0,001$ ), bem como no dia da alta e no primeiro retorno ambulatorial ( $p=0,000$ ). Ou seja, os participantes apresentaram mais sintomas de ansiedade no pré-operatório e no primeiro retorno ambulatorial quando comparados com o dia da alta hospitalar, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Porém, os níveis de ansiedade entre o pré-operatório e o primeiro retorno ambulatorial foram semelhantes.

Este grupo de participantes (n=43) apresentou mais sintomas da depressão no primeiro retorno ambulatorial quando comparado ao pré-operatório ( $p=0,001$ ) e ao dia da alta hospitalar ( $p=0,000$ ). Da mesma forma, apresentaram maior estresse percebido no primeiro retorno ambulatorial em comparação ao pré-operatório ( $p=0,002$ ) e ao dia da alta hospitalar ( $p=0,000$ ), sendo todas estas diferenças estatisticamente significantes. Portanto, a depressão e o estresse percebido no pré-operatório e no dia da alta hospitalar foram semelhantes.



Neste estudo avaliou-se os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido em pacientes no perioperatório por Câncer Colorretal, segundo a presença ou ausência de estoma intestinal.

Observou-se o efeito do tempo nos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido nestes pacientes, submetidos à primeira cirurgia por CCR com ou sem confecção de estoma intestinal. Os participantes apresentaram mais sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no primeiro retorno ambulatorial, quando comparados ao pré-operatório e ao dia da alta hospitalar.

Houve uma diminuição dos sintomas de ansiedade na alta hospitalar em relação ao pré-operatório e um aumento destes sintomas no primeiro retorno ambulatorial. Os sintomas de depressão mantiveram-se estáveis entre o pré-operatório e a alta hospitalar, apresentando um aumento no primeiro retorno ambulatorial, enquanto houve um aumento gradual no estresse percebido nos três momentos investigados.

Em relação à ansiedade pré-operatória de pacientes com CCR, Yang e colaboradores (2019) investigaram a associação entre os fatores sociais, psicológicos e de enfrentamento e a divulgação ou não do diagnóstico oncológico de 434 participantes, o que evidenciou altos índices de ansiedade pré-operatória, independentemente do diagnóstico.

Estudos consideraram que a cirurgia foi mais estressante para os pacientes do que o próprio diagnóstico oncológico, por envolver cirurgias de grande porte, que gerariam situações de dor, fadiga e sofrimento no pós-operatório. Além disso, a possibilidade de ter que conviver com o estoma intestinal por toda a vida, o medo da anestesia e da cirurgia e suas repercussões poderiam ter constituído os principais motivos para os índices mais altos de ansiedade no pré-operatório, o que poderia influenciar a recuperação pós-operatória e a reabilitação destes pacientes (JIN et al., 2019; YANG et al., 2019).

Neste sentido, os resultados deste estudo, também corroboraram outro estudo chinês, que avaliou a ansiedade e depressão de 67 pacientes com CCR antes da cirurgia com estomização e antes da alta hospitalar, identificando-se altos índices de ansiedade e depressão, nos dois momentos investigados; assim como a ansiedade pré-operatória que foi significativamente maior no grupo estomizado (JIN et al., 2019).

Em um outro estudo realizado na China, avaliou-se a imagem corporal, sofrimento psicológico (incluindo-se ansiedade e depressão, mensurados com a

escala HADS) e QV em 282 pacientes com CCR no pós-operatório mediato (uma a duas semanas após a cirurgia), identificando-se que os pacientes com estomas definitivos ou temporários apresentaram pior imagem corporal e níveis mais elevados de ansiedade e depressão quando comparados aos pacientes sem estomas, com diferenças estatisticamente significantes. E, quando comparados àqueles com estomas temporários, os pacientes com estomas definitivos apresentaram pior imagem corporal e mais sintomas depressivos (SONG et al., 2020).

Já no estudo americano, publicado em 2014 e realizado com 141 pacientes com CCR, submetidos ao tratamento cirúrgico, os sintomas depressivos no PO não diferiram entre os grupos com e sem estoma, o que poderia ser justificado, segundo os autores, pelo fato de a maioria dos pacientes da amostra possuírem previamente um estoma temporário, além do fato de o grupo de pacientes sem estoma ter sido majoritária (REESE et al., 2014).

Neste presente estudo, apesar de não ter sido avaliada a temporalidade do estoma (temporário ou definitivo), também houve a indicação de mais sintomas de ansiedade, depressão, assim como de estresse percebido, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial pelos pacientes com estoma, quando comparados àqueles sem estoma. Portanto, a possibilidade de estomização no pré-operatório e a concretude desta condição na alta hospitalar, constituíram demandas de necessidades, que poderão ser abordados pelos profissionais da saúde, no contexto hospitalar, na assistência perioperatória.

No presente estudo, 100% receberam a demarcação de estoma pré-operatória, sendo que esta é realizada pelo enfermeiro estomaterapeuta ou pelo enfermeiro generalista com capacitação para esta intervenção especializada, vinculando-se ao ensino de pacientes e familiares sobre cirurgia e suas consequências, assim como ensino do autocuidado com estoma e equipamentos coletores/adjuvantes, prevenção de lesões de pele periestoma, realização de contrarreferência ao programa especializado de assistência ao estomizado no SUS (BRASIL, 2009; WOUND, OSTOMY, AND CONTINENCE NURSES SOCIETY, 2007; 2010; 2014; ZIMNICKI, 2015).

Os resultados deste estudo reforçam a importância do Protocolo Psicológico para Pacientes com Doenças Colorretais Crônicas no Perioperatório, desenvolvido e implementado por Silva (2019), fundamentado na Psicologia Hospitalar, que consiste em identificação; avaliação do estado mental; presença de apoio social; identificação



e análise das demandas pré-operatórias e pós-operatórias, bem como as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes pacientes para a realização do tratamento cirúrgico, a compreensão do paciente sobre a sua condição clínica; estabelecimento do diagnóstico psicológico, com intervenções ou abordagens psicoterapêuticas; e avaliação de resultados com a intervenção psicológica. Neste protocolo psicológico, foram identificadas a necessidade de abordagem no pré-operatório sobre dúvidas e as expectativas do paciente sobre diagnóstico, cirurgia com estomização, que geraram sofrimento, tanto físico como psicoemocional, que foram denominadas de Necessidades de informações sobre a cirurgia e suas consequências; Expectativas de resultados com a cirurgia e Necessidades de atendimento psicológico; e no pós-operatório mediato, foram retomados aspectos psicológicos da cirurgia e da estomização na vida dos participantes, cuja intervenção psicológica favoreceu o conhecimento deste sobre a sua saúde e a assistência cirúrgica ofertada no contexto hospitalar, denominados de Resultados da cirurgia; Perspectivas futuras após a cirurgia (com/sem estomização) e Necessidades de atendimento psicológico. Ainda, estabeleceu-se como eixos norteadores o Vínculo e o Ensino, recomendados para a equipe interprofissional, independente da área de formação específica. Portanto, a questão da estomização no pré-operatório e a concretude desta condição no pós-operatório foram as demandas dos pacientes e nortearam o atendimento psicológico no contexto hospitalar, durante o tratamento cirúrgico (SILVA et al., 2017; SILVA et al., 2019; SILVA, 2019).

Huang et al. (2018) investigaram a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes com CCR e seus determinantes durante diferentes tratamentos oncológicos. Os pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico com confecção de estoma apresentaram menor QVRS, o que pode estar associado ao aumento da dor, desconforto, complicações e alterações nas atividades de vida diária. Além disso, a maioria dos pacientes da amostra apresentaram sintomas de ansiedade e depressão (HUANG et al., 2018).

No estudo de Lenza (2016), a estomização foi altamente valorizada pelos pacientes com CCR durante o tratamento cirúrgico e polarizou a vida destes e o diagnóstico oncológico foi uma preocupação secundária nesta fase. Os participantes levaram cerca de dois anos para a reelaborar a experiência da estomização e do adoecimento oncológico, que resultou na “Reconfiguração do Self” (Eu reconfigurado), de forma processual. Inicialmente, ao identificarem um problema colorretal, estes

tiveram que lutar pela acessibilidade aos exames especializados (colonoscopia) e ao tratamento cirúrgico oncológico, lidando com os limites do sistema público de saúde. Para muitos, quando o diagnóstico oncológico foi estabelecido, a doença já estava em fase avançada e a cura não foi mais viável. Durante o seguimento de controle ambulatorial, realizaram tratamentos adjuvantes de Radioterapia e Quimioterapia antineoplásica, isolados ou em associação, que geraram eventos adversos, que lhes exigiram muito, fisicamente e emocionalmente. Muitos enfrentaram outros desafios como metástases e recidivas, ou seja, o adoecimento oncológico tornou-se o centro de suas vidas e de seus familiares, com muitos sofrimentos, tendo que travar uma luta entre “ser diferente - estomizado” e “ser reconfigurado – novo eu”, em busca de mediação para a renovação da esperança, por estarem vivos por mais um dia. Nesta fase, para vários participantes, a estomização foi considerada como algo que favoreceu o tratamento e um aspecto secundário, pois esta passou a ser a normalidade de suas vidas (LENZA, 2016).

Na RI, conduzida por Peng, Huang e Kao (2019), avaliou-se o risco de ansiedade e depressão em pacientes com CCR, em uma amostra de 15 artigos científicos, publicados entre 1967 e 2018. Identificou-se que estes pacientes apresentaram alta prevalência de ansiedade e depressão, que podem persistir, mesmo após a conclusão do tratamento oncológico (PENG; HUANG; KAO, 2019).

Um estudo longitudinal dinamarquês avaliou a QV por 24 meses (3, 6, 9, 12 e 24 meses) após a cirurgia em 249 pacientes com CCR com e sem a confecção de estoma intestinal, sendo que os pacientes com estoma intestinal apresentaram pior QV e níveis estatisticamente significante maiores de depressão e alteração da imagem corporal (ROSS et al., 2007). Ainda, os pacientes que necessitaram da confecção tardia do estoma, ou seja, em um segundo momento, por ocorrência de complicações como deiscência da anastomose ou recidivas, apresentaram mais sintomas de ansiedade, depressão e QV (ROSS et al., 2007).

A necessidade do uso de equipamentos coletores e adjuvantes traz várias repercussões e limitações na vida destas pessoas e de seus familiares, na alimentação, na vestimenta, na manutenção do convívio social, da atividade laboral, sexual, dentre outras, que influenciam a QV e a QVRS destes, e devem ser incluídas no preparo para a alta responsável (BRASIL, 2013; HUANG et al., 2018; REESE et al., 2014; TELES et al., 2017; YANG et al., 2020).

Ainda, há a necessidade de aprendizagem e incorporação dos cuidados específicos na vida destas pessoas e o surgimento de novas preocupações como aquisição destes equipamentos no SUS, possíveis lesões de pele periestoma, assim como complicações de estoma, passam a fazer parte de suas vidas. As pessoas com estoma intestinal são pessoas com deficiência física, reconhecida legalmente pela legislação brasileira e que, para o alcance de sua reabilitação e QV, precisaram adotar um novo estilo de vida e as políticas públicas de saúde devem assegurar os direitos sociais, mediante a remoção de barreiras (SASAKI et al., 2020; SASAKI et al., 2021).

Um estudo brasileiro, realizado com 41 pacientes com câncer de reto médio e inferior, avaliou a QV, dor, depressão e ansiedade destes que foram submetidos à intervenção cirúrgica com intenção curativa. Os pacientes foram entrevistados, em média, após 28 meses de pós-operatório e apresentaram alta prevalência de ansiedade e depressão no pós-operatório (SANTOS et al., 2014).

A expectativa inicial sobre o sucesso da cirurgia, foi sendo construída pelos pacientes com CCR, ao longo do seguimento de controle ambulatorial, que não dependia somente da ressecção total do tumor, mas do controle da doença oncológica, por meio da efetividade dos tratamentos adjuvantes e ausência de metástases e recidivas. Nesta fase, a estomização passou a ser secundária, pois o adoecimento oncológico tornou-se mais concreto em suas vidas, como um problema real, de maior gravidade por sua vinculação com dor, sofrimento e possibilidade de finitude. Desta forma, mesmo aqueles, que tinham a consciência da impossibilidade de sua cura, mantiveram-se com esperanças e otimismo sobre a sua situação, pois para estes, a equipe de saúde sempre buscava fazer algo por eles para minimizar o sofrimento, ratificando o vínculo de confiança com os profissionais da saúde (LENZA, 2016).

Considerando-se que a equipe de enfermagem possui maior tempo de contato no contexto hospitalar e o enfermeiro tem um papel fundamental na assistência perioperatória destes pacientes, os resultados deste estudo sobre os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido podem subsidiar o planejamento de intervenções, vinculadas à demarcação de estoma e ao ensino sobre cirurgia e suas consequências no pré-operatório, para minimização destes sintomas no pós-operatório para assegurar a recuperação fisiológica, com vistas à prevenção de complicações pós-operatórias (SASAKI et al., 2017; TELES et al., 2017).

Houve predominância de resultados neste estudo em relação às características sociodemográficas, clínicas e terapêuticas, que denotaram a complexidade da assistência especializada, necessária neste contexto hospitalar, no qual houve distribuição mais equitativa entre os sexos masculino e feminino, cuja média de idade foi de 61,8 anos; 60,3% possuíam companheiros; média de escolaridade de 7,2 anos e 78,1% inativos; ainda 78,1% possuíam uma ou mais comorbidades; IMC inadequado com predomínio de sobrepeso/obesidade, tanto nos adultos como nos idosos; 68,5% das neoplasias envolvendo regiões do sigmoide e reto; 89,1% adenocarcinoma moderadamente diferenciado; 58,9% estadiamentos III/IV; 86,3% com ausência de tratamento neoadjuvante; 35,6% com avaliação de risco cirúrgico ASA III/IV, por envolverem pacientes com doenças sistêmicas mais graves e até mesmo, risco de morte; 79,4% foram cirurgias de grande porte; 63% cirurgia com técnica convencional; 100% receberam a demarcação de estoma pré-operatória; 58,9% não necessitaram da confecção de estoma intestinal; no POM 79,5% apresentaram intercorrência gastrointestinais e 57,8% dor; e tempo médio de internação hospitalar foi de oito dias. Estas características, acrescidas à identificação da confecção de estoma como a maior preocupação por 56,2% dos pacientes e a forte correlação entre os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido nos três momentos do perioperatório, poderão contribuir no planejamento da assistência de enfermagem perioperatória e da equipe interprofissional para o atendimento das necessidades desta clientela.

Adotou-se a terminologia interprofissional por retratar a possibilidade do desenvolvimento de um projeto assistencial comum, que propõe a educação interprofissional, baseada no trabalho mediante experiências de aprendizagem compartilhadas, que assegura protagonismo de cada área profissional, com ações colaborativas para o alcance da integralidade do cuidado (BRASIL, 2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010; PEDUZZI, 2016).

Os resultados em relação ao grupo de pacientes com confecção de estoma intestinal, que apresentou mais sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, quando comparados ao grupo sem a confecção do estoma intestinal, indicaram a importância do planejamento da alta responsável, com vistas ao ensino do autocuidado com o estoma e os equipamentos coletores e preparo para alta hospitalar, que pressupõe o encaminhamento destes ao programa de assistência especializada aos estomizados no SUS, em nível secundário, para assegurar a continuidade da assistência

especializada, conforme a Portaria 400, integrando-se os diferentes níveis de atendimento à saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013; SASAKI et al., 2020; SASAKI et al., 2021).

Neste estudo, as principais dúvidas para a alta hospitalar foram relacionadas com repouso, alimentação, cuidados com a FO, relações sexuais após a cirurgia, uso de cinta compressiva abdominal, virilidade e fertilidade após os tratamentos adjuvantes e alteração do hábito intestinal, que podem ser abordadas no ensino do autocuidado domiciliário, corroborando outros estudos (REESE et al., 2014; SASAKI et al., 2017; SASAKI et al., 2020; TELES et al., 2017).

Pelas condições clínicas desta clientela, é necessário envolver a família destes pacientes no planejamento da assistência perioperatória pela equipe interprofissional, desde o pré-operatório até a alta hospitalar, preparando-os para o contexto domiciliário, pois em geral, não conseguem realizar o autocuidado com estoma e equipamentos coletores/adjuvantes, o que pode comprometer a recuperação pós-operatória e o alcance de reabilitação do paciente com estoma (JIN et al., 2019; SASAKI et al., 2017; SASAKI et al., 2020; SILVA et al., 2019; YANG et al., 2020).

Em síntese, a diferença nos sintomas de ansiedade foi estatisticamente significativa no perioperatório, sendo que no pré-operatório, possivelmente poderiam estar relacionados à possibilidade da estomização e ao próprio tratamento cirúrgico; e no dia da alta hospitalar à ocorrência de intercorrências gastrointestinais no pós-operatório mediato e a concretude da estomização.

O aumento dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no primeiro retorno ambulatorial poderiam estar relacionados às dificuldades no pós-operatório como a dor abdominal e na ferida operatória (FO), distensão abdominal, saída de secreção pela FO, inapetência, diarreia, incontinência fecal, constipação e sangramento, relatados por 68,5% e de complicações cirúrgicas, principalmente deiscência parcial e saída de exsudação pela FO, além de infecção do sítio cirúrgico; e com a ciência sobre a possibilidade de tratamento adjuvante por 67,1%.

Apesar de todos os 30 pacientes com estoma, que juntamente com um familiar cuidador, haviam recebido o ensino do autocuidado em relação ao estoma e manejo de equipamentos coletores/adjuvantes, assim como a contrarreferência ao programa de assistência especializada ao estomizado no SUS, 76,7% apresentaram dúvidas sobre o recorte da base do equipamento coletor e 50,0% sobre a confecção do molde e 86,7% dependiam de outra pessoa para a realização do autocuidado. Estes

aspectos possivelmente influenciaram na ocorrência de mais sintomas de ansiedade e estresse percebido no retorno ambulatorial.

Outro aspecto, que possivelmente influenciou o aumento dos sintomas de ansiedade e de estresse percebido no retorno ambulatorial foi a ciência sobre o tratamento adjuvante relatados por 47 pacientes, sendo que 46,9% disseram que possivelmente fariam quimioterapia antineoplásica e 22,4% radioterapia associada à quimioterapia antineoplásica.

Para o fato de os sintomas de depressão e do estresse percebido terem sido maiores no primeiro retorno ambulatorial, infere-se que as dificuldades pós-operatórias, os cuidados com estoma e equipamentos coletores e a ciência sobre a necessidade de tratamento adjuvante poderiam influenciado para maior ocorrência destes sintomas.

Acredita-se que os resultados deste estudo poderão contribuir na prática assistencial, com sua incorporação no planejamento de enfermagem perioperatória, bem como da equipe interprofissional, no contexto hospitalar do SUS, pelo seu ineditismo ao abordar estes sintomas em pacientes com CCR, em primeiro tratamento cirúrgico, assim como a comparação entre os grupos de pacientes estomizados e não estomizados, lacunas que haviam sido identificadas na RI do presente estudo.

Portanto, os resultados deste estudo sobre os sintomas de ansiedade, depressão e do estresse percebido em pacientes com CCR, em primeiro tratamento cirúrgico, constituirão a linha de base para comparações de estudos futuros, destes pacientes durante a realização de outras terapêuticas, em diferentes fases da sobrevivência, bem como de estudos com delineamentos mais robustos para obtenção de evidências mais fortes.

Em relação às limitações, identificou-se que no momento do início da coleta de dados do presente estudo, houve uma diminuição em cerca de um terço no número de cirurgias agendadas, causada pela falta de médicos anestesistas no local do estudo. Com isso, houve o fechamento de seis salas cirúrgicas e o cancelamento de aproximadamente 90 cirurgias somente no primeiro mês de coleta, o que fez com que a especialidade da Coloproctologia, que antes possuía horários cirúrgicos de segunda a quarta-feira, passasse a realizar os procedimentos somente em dois dias da semana, impactando diretamente no tamanho amostral do estudo.

Por outro lado, a ampliação do período de coleta de dados que havia sido uma alternativa estabelecida, também não pode ser viabilizada por conta do início das

medidas restritivas pela pandemia de COVID-19, pois as atividades de pesquisa foram suspensas pela instituição coparticipante.

Outra limitação foi a impossibilidade do seguimento dos participantes devido à complexidade dos casos. Por apresentarem diagnóstico com estadiamento avançado, o que foi dimensionado com consulta aos prontuários após seis meses do início da coleta de dados, identificou-se o óbito de grande parte dos participantes deste estudo, impossibilitando o seguimento por um período maior.

No que se refere à consulta aos prontuários para obtenção de dados, na instituição do estudo, observou-se que o preenchimento dos prontuários eletrônicos, muitas vezes era incompleto, dificultando a obtenção dos dados de interesse deste estudo, o que constituiu um grande desafio para sua realização.

Em relação à produção científica nacional e internacional, foram encontrados poucos estudos que investigaram os mesmos constructos no contexto hospitalar, o que dificultou a comparação dos resultados obtidos no presente estudo.

Outro aspecto que pode ser considerado uma limitação é o suporte oferecido aos pacientes no local deste estudo, pois é ofertada uma assistência especializada, com realização da avaliação pelo enfermeiro estomaterapeuta há mais de 20 anos, além do suporte multiprofissional e da atuação dos residentes enfermeiros do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer. Além disso, no setor pesquisado existe a atuação do Projeto de Cultura e Extensão "Aprendendo com o ensino de pacientes estomizados e seus familiares", onde os pacientes recebem orientações sobre o procedimento cirúrgico e suas repercussões, incluindo-se os cuidados com estomas intestinais e a contrarreferência ao Serviço de Atenção ao Estomizado, o que poderia ter influenciado nos resultados deste estudo em relação aos sintomas investigados.

Desta forma, sugere-se a realização de novos estudos, no contexto hospitalar, com desenho longitudinal, em outras instituições para possível comparação com os resultados do presente estudo.





Com o desenvolvimento deste estudo, concluiu-se que:

-Os pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR apresentaram diferenças nos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no pré-operatório, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar e essa diferença foi estatisticamente significativa;

-Pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR com confecção de estoma intestinal e pacientes sem a confecção de estoma intestinal, apresentaram diferenças nos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido nos três momentos investigados e essa diferença foi estatisticamente significativa;

-Não houve associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com o sexo, idade, situação conjugal e profissional dos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR no pré-operatório, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial;

-Não houve associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com a presença de comorbidades, realização de tratamento adjuvante, uso de medicações psicoativas no domicílio e estadiamento do CCR nos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR no pré-operatório imediato;

-Não houve associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com a ocorrência de intercorrências no pós-operatório, uso de medicações psicoativas durante a internação, nos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR, no dia da alta hospitalar;

-Não houve associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido com a ocorrência de dificuldades, complicações cirúrgicas e dúvidas no pós-operatório, uso de medicações psicoativas no domicílio nos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR, no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar;

-Houve associação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar com a confecção do estoma intestinal e a técnica cirúrgica (convencional ou videolaparoscopia);

-Houve forte correlação entre os sintomas de ansiedade, depressão e estresse percebido nos pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR no pré-operatório, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar.

Diante do exposto, confirmou-se a hipótese exploratória formulada, sendo que os pacientes submetidos à primeira cirurgia por CCR, com ou sem confecção de

estoma intestinal, apresentaram diferenças na presença de sintomas de ansiedade, depressão e de estresse percebido no pré-operatório, no dia da alta hospitalar e no primeiro retorno ambulatorial, após a alta hospitalar.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desenvolvimento deste estudo longitudinal com os pacientes com CCR em tratamento cirúrgico, constituiu um grande desafio, por envolver o contexto perioperatório intrahospitalar, que é altamente dinâmico, com alteração da condição clínica contínua dos participantes, que exigiu dedicação exclusiva para a coleta de dados, que foi realizado no período de 01/04/2019 a 31/03/2020. Além disso, a gravidade clínica dos participantes impossibilitou a realização do seguimento por maior tempo, pois muitos foram ao óbito, com cerca de seis meses de pós-operatório.

Os resultados deste estudo ratificam estudos desenvolvidos anteriormente pelo nosso Grupo de pesquisa, consolidando a sua contribuição com a produção científica sobre a assistência de enfermagem às pessoas com problemas colorretais e com estomização.

Nesta tese, houve forte correlação e diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e estresse percebido, em três momentos do perioperatório, constituindo a linha de base para esta clientela, que poderá ser utilizada em futuros estudos, principalmente no que se refere à comparação destes achados em pacientes com CCR em tratamentos adjuvantes e para outras realidades institucionais no SUS.

Com a especificidade do primeiro tratamento cirúrgico, requerida como critério de inclusão para a consecução do estudo, identificou-se 125 pacientes, dos quais 89 foram incluídos, contudo pela complexidade clínica e perda de seguimento, a amostra foi constituída por 73 participantes, dimensionando os desafios do desenvolvimento de pesquisas, que envolvem pacientes oncológicos em tratamento cirúrgico.

Ainda, os resultados desta tese poderão contribuir significativamente no planejamento da assistência de enfermagem perioperatória, para direcionar a implementação de intervenções, que possam diminuir ou minimizar estes sintomas desta clientela para a qualificação do cuidado, assim como da equipe interprofissional.

Por fim, o Doutorado Direto constituiu-se uma experiência única e extremamente rica em relação ao processo de formação em pesquisa e docente, pois foi uma imersão profunda no vasto universo do conhecimento, com diversas oportunidades de desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências durante esse período de cinco anos. A palavra que define a caminhada até aqui é “GRATIDÃO”!



AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1998, p. 97-99.

AKYOL, M. et al. Sexual satisfaction, anxiety, depression and quality of life among Turkish colorectal cancer patients [Izmir Oncology Group (IZOG) study]. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, v. 45, n. 7, p. 657–664, 2015. Acesso em: 05 abr. 2021.

ALACACIOGLU, A. et al. Quality of life, anxiety, and depression in Turkish colorectal cancer patients. **Supportive Care in Cancer**, v. 18, n. 4, p. 417–421, 2010. Acesso em: 05 abr. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p.

AMIN, M. B. et al. (ed). *AJCC Cancer Staging Manual (8th edition)*. Springer International Publishing: American Joint Commission on Cancer; 2017.

ANDERSEN, B. L. et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. **Journal of Clinical Oncology**, v. 32, n. 15, p. 1605–1619, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4090422/>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

APPLETON, L. et al. Patients' experiences of living beyond colorectal cancer: A qualitative study. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 17, n. 5, p. 610–617, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23394950>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

ARNOLD M. et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. **Gut**, v. 66, n. 4, p. 683-691, 2017. Disponível em: [https://doi: 10.1136/gutjnl-2015-310912](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2015-310912). Acesso em: 05 abr. 2021.

BIANCHI, E.R.F.; COSTA, A.L.S. Repercussões do trauma anestésico-cirúrgico. Assistência de Enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica. In: CARVALHO, R; BIANCHI, E.R.F. (Org.). **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. 2. ed. BARUERI: Manole, v. 1, p. 247-280, 2016.

BOSMA, E. et al. Health status, anxiety, and depressive symptoms following complicated and uncomplicated colorectal surgeries. **International Journal of Colorectal Disease**, v. 31, n. 2, p. 273–282, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26354103>>. Acesso em: 05 abr. 2021.

BOTEGA, N. J. et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 47, n. 6, p. 285-289, 1998. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/285727719\\_Validacao\\_da\\_escala\\_hospitalar\\_de\\_ansiedade\\_e\\_depressao\\_HADS\\_em\\_pacientes\\_epilepticos\\_ambulatoriais](https://www.researchgate.net/publication/285727719_Validacao_da_escala_hospitalar_de_ansiedade_e_depressao_HADS_em_pacientes_epilepticos_ambulatoriais). Acesso em: 30 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC Nº 277, de 16 de abril de 2019. Dispõe sobre a atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 abril 2019. Seção 1, p. 191. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-277-de-16-de-abril-de-2019-72118861>. Acesso em: 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. **Carta Circular nº 51, 2017**. Esclarecimentos adicionais sobre a redação do TCLE. Brasília, DF, 28 de setembro de 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/CartaCircular51.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 05 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, p. 44-46. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 06 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Normatiza o atendimento à Pessoa Ostomizada no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400\\_16\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html). Acesso em: 05 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 601, de 26 de junho de 2012. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cólon e Reto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0601\\_26\\_06\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0601_26_06_2012.html). Acesso em: 06 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_clinicos\\_diretrizes\\_terapias\\_oncologia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapias_oncologia.pdf). Acesso em: 06 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório Final da Oficina de Alinhamento Conceitual sobre Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.

CANNON, W.B. **The Winsdom of the body**. New York: Norton, 1939.

CARDOSO, G. et al. Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. **Psychology, Health & Medicine**, v. 21, n. 5, p. 562-570, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2015.1125006>. Acesso em: 01 maio 2021.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Manual de Diagnóstico de Enfermagem**. 10. ed, Porto Alegre: Artmed. 2005.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, n. 4, p. 385-396, 1983. Disponível em:

[https://www.jstor.org/stable/2136404?seq=1#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/2136404?seq=1#metadata_info_tab_contents). Acesso em: 01 maio 2021.

COMELLA, P. et al. Optimizing the management of metastatic colorectal cancer. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, Boca Raton, v. 75, n. 1, p. 15-26, 2010. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1983760>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

DAIAN, M. R. et al. Estresse em procedimentos cirúrgicos. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 25, n. 2, p. 118-124, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202012000200012>. Acesso em: 01 maio 2021.

DOYLE, D. J. et al. **American Society of Anesthesiologists Classification**. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940/>. Acesso em: 01 maio 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 01 maio 2021.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life**: Assessment, analyses and interpretation. 2. ed. Chichester, England: John Wiley & Sons, 2007.



FIGG, W. D. et al. Disclosing a diagnosis of cancer: where and how does it occur? **Journal of Clinical Oncology**, v. 28, n. 22, p. 3630-3635, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20606078>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

FIRMEZA, M. A. et al. Anxiety in patients with malignant neoplasms in the mediate postoperative period: a correlational study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 2, p. 134–145, 2016. Disponível em: <<https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5335>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

FOSTER, C. et al. Pre-Surgery Depression and Confidence to Manage Problems Predict Recovery Trajectories of Health and Wellbeing in the First Two Years following Colorectal Cancer: Results from the CREW Cohort Study. **Plos One**, v. 11, n. 5, p. e0155434, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27171174>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

GASTON, C. M.; MITCHELL, G. Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: A systematic review. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 61, n. 10, p. 2252-2264, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15922501>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

GRAÇA PEREIRA, M.; FIGUEIREDO, A. P.; FINCHAM, F. D. Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 16, n. 3, p. 227–232, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21783416>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

GRAY, N. M. et al. Predictors of anxiety and depression in people with colorectal cancer. **Support Care Cancer**, v. 22, n. 2, p. 307-314, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24077745>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

HINZ, A. et al. Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. **European Journal of Cancer Care**, v. 19, n. 4, p. 522–529, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20030697>>. Acesso em: 05 abr. 2021.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **HCFMRP-USP em números**, [página na Internet] [s.d.]. Disponível em: <<https://site.hcrp.usp.br/hcfmrp-em-numeros/>>. Acesso em: 27 de fev. 2021.

HUANG, W. et al. Assessing health-related quality of life of patients with colorectal cancer using EQ-5D-5L: a cross-sectional study in Heilongjiang of China. **BMJ Open**, v. 8, n. 12, p. e022711, 2018. Disponível em: <<https://doi:10.1136/bmjopen-2018-022711>>. Acesso em: 05 abr. 2021.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; NEWMAN, T.B. Delineando estudos transversais e de coorte. In: HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRDY, D.G.; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. cap.7, p. 90-102.

JAKOBSSON, J. R.; IDVALL, E. R.; WANN-HANSSON, C. R. General health and state anxiety in patients recovering from colorectal cancer surgery. **Journal of Advanced Nursing**, v. 72, n. 2, p. 328–338, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26554384>>. Acesso em: 05 abr. 2021.

JIN, Y. et al. Psychosocial behaviour reactions, psychosocial needs, anxiety and depression among patients with rectal cancer before and after colostomy surgery: a longitudinal study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 19-20, p. 3547-3555, 2019. Disponível em: [https://doi: 10.1111/jocn.14946](https://doi.org/10.1111/jocn.14946). Acesso em: 05 abr. 2021.

LAM, W. W. T. et al. A longitudinal study of supportive care needs among Chinese patients awaiting colorectal cancer surgery. **Psycho-Oncology**, v. 25, n. 5, p. 496–505, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26333916>>. Acesso em: 05 abr. 2021.

LANDERS, M.; MCCARTHY, G.; SAVAGE, F. Bowel symptom experiences and management following sphincter saving surgery for rectal cancer: A qualitative perspective. **European Journal of Oncology Nursing, Edinburgh**, v. 16, n. 3, p. 293-300, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21813325>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

LARAIA, M. T. Psicofarmacologia. In: STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e prática**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 607-639.

LENZA, N. F. B. et al. Necessidades do estomizados intestinal em seguimento oncológico: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 9, n. 6, p. 8715-8724, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10649/11668>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

LENZA, N. F. B. **Primeiro ano de pós-operatório**: significado para a pessoa com estoma intestinal por câncer colorretal. 2016. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

LUFT, C. D. B. et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 mar. 2021.

MARTINS, L. M. et al. Rehabilitation of individuals with intestinal ostomy. **British Journal of Nursing**, v. 24, n. Sup22, p. S4–S11, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26653721>>. Acesso em: 05 abr. 2021.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincot Williams & Wilkins, 2011. p. 3-24.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. D. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 05 abr. 2021.

OLIVEIRA, M. M.; MOTA, D. D. C. F.; SOUZA-TALARICO, J. N. Fadiga pré-operatória em pacientes com câncer: prevalência e fatores associados **Revista Eletrônica de Enfermagem**; v. 20, p. v20a17. Disponível em: [doi://doi.org/10.5216/ree.v20.44440](https://doi.org/10.5216/ree.v20.44440). Acesso em: 22 abr. 2021.

OLIVEIRA, M. S. et al. Associação da dieta com o câncer colorretal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 4, p. 1222-1229, 2010. Número especial. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6282>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Organização Panamericana de Saúde. **Depressão**. [página na Internet] [s.d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 03 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Gabinete da Rede de Profissões de Saúde, Enfermagem e Obstetrícia do Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra, 2010. 64 p. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/oms\\_traduzido\\_2010.pdf](http://www.fnepas.org.br/oms_traduzido_2010.pdf). Acesso em: 03 dez. 2020.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface** (Botucatu), v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100199&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100199&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 maio 2021.

PENG, Y. N.; HUANG, M. L.; KAO, C. H. Prevalence of Depression and Anxiety in Colorectal Cancer Patients: A Literature Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 3, p. 411, 2019. Disponível em: <http://doi:10.3390/ijerph16030411>. Acesso em: 22 abr. 2021.

PEREIRA, A. C. et al. Pre-operative education in the perspective of cancer patients. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 2, p. 449-456, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10976>. Acesso em: 01 maio 2021.

PFEIFFER, E. A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 23, n. 10, p. 433-441, 1975. Disponível em: <http://doi:10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>. Acesso em: 22 abr. 2021.

PITTMAN, J. Characteristics of the patient with an ostomy. **Journal of Wound Ostomy Continence Nursing Society**. v. 38, n.3, p. 271-279, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21464772>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

REESE, J. B. et al. Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status. **Supportive care in cancer**, v. 22, n. 2, p. 461–468, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1998-x>. Acesso em: 22 abr. 2021.

REIS, R.S.; HINO, A.A.; ANEZ, C.R. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. **Journal of Health Psychology**, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1359105309346343>. Acesso em: 22 abr. 2021.

ROCHA, J. J. R. Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 44, n. 1, p. 51-6, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47335>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

ROSS, L. et al. Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. **Support Care Cancer**, v. 15, n. 5, p. 505-513, 2007. Disponível em: <http://doi:10.1007/s00520-006-0177-8>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SANTOS, L. J. F. et al. Quality of life, pain, anxiety and depression in patients surgically treated with cancer of rectum. **ABCD Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva**, v. 27, n. 2, p. 96–100, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25004285>>. Acesso em: 05 abr. 2021.

SASAKI, V. D. M. et al. Rehabilitation of people with intestinal stomy: integration review. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 4, p. 1745–1754, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/15271/18079>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

SASAKI, V. D. M. et al. Self-care of people with intestinal ostomy: beyond the procedural towards rehabilitation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, p. e20200088, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0088>. Acesso em: 01 maio 2021.

SASAKI, V. D. M. et al. Care in the Ostomates Programs: the multidisciplinary team's perspective. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 21, n.1, p. e44295, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202144295>. Acesso em: 01 maio 2021.

SILVA, L. N. **Comparação de três instrumentos para avaliação da fadiga em pacientes com insuficiência cardíaca**. 2016. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SILVA, N. M. et al. Validation of characterization instrument for patients with colorectal pathologie. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, n. 4, p. 960-

965, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a237625p960-965-2019>. Acesso em: 01 maio 2021.

SILVA, N. M. et al. Aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais: revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2950, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100608&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100608&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 maio 2021.

SILVA, Natália Michelato. **Pacientes em tratamento cirúrgico por doenças colorretais crônicas**: proposição e implementação de protocolo de atendimento psicológico. 2019. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

SJÖVALL, K. et al. Experiences of living with advanced colorectal cancer from two perspectives: Inside and outside. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 15, n. 5, p. 390-97, dez., 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388910001614>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 335–345, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt\\_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf)>. Acesso em: 08 mar. 2021.

SONG, L. et al. Body image mediates the effect of stoma status on psychological distress and quality of life in patients with colorectal cancer. **Psychooncology**, v. 29, n. 4, p. 796-802, 2020. Disponível em: <http://doi:10.1002/pon.5352>. Acesso em: 01 maio 2021.

SONOBE, H. M.; BARICHELLO, E.; ZAGO, M. M. F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 341-348, 2002. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v03/pdf/artigo2.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo2.pdf)>. Acesso em: 08 mar. 2021.

SORIANO, M. et al. Cirugía abierta vs. laparoscópica: calidad de vida y sintomatología ansioso-depresiva en cáncer colorrectal. **Revista Argentina de Coloproctología**, v. 24, p. 29–36, 2013. Disponível em: <<http://sacp.org.ar/revista/10-numeros-antiores/volumen-24-numero-1/23-cirugia-abierta-vs-laparoscopica-calidad-de-vida-y-sintomatologia-ansioso-depresiva-en-cancer-colorrectal>>. Acesso em: 06 abr. 2021.

SOUZA, E. C. A. et al. As consequências da estomia intestinal para os estomizados e seus familiares. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 4, p. 143-148, maio/jun., 2010. Número especial. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/6262/5509>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

STILLWELL, B. S. B. et al. Searching for the evidence: strategies to help you conduct a successful search. **American Journal of Nursing**, v. 110, n. 5, p. 41–47,

2010. Disponível em: < <https://anglia.rl.talis.com/items/54F5EEC8-AEEE-3C1C-0281-590D6A33581A.html>>. Acesso em: 06 abr. 2021.

STONE, P. W. Popping the (PICO) question in research and evidence-based practice. **Applied Nursing Research**, v. 15, n. 3, 197-198, 2002. Disponível em: <<http://doi:10.1053/apnr.2002.34181>>. Acesso em: 01 maio 2021.

TELES, A.A.S. et al. Physical, psychosocial changes and feelings generated by intestinal ostomy for the patient: integrative review. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, v. 11, p. 1062-1072, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13477/16185>>. Acesso em: 01 maio 2021.

TUNG, H.-Y. et al. Depression, Fatigue, and QoL in Colorectal Cancer Patients During and After Treatment. **Western Journal of Nursing Research**, v. 38, n. 7, p. 893-908, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26902798>>. Acesso em: 06 abr. 2021.

VICENCIO, E. A. Estrés en el paciente quirúrgico. **Revista Chilena de Cirurgia**, v. 47, n. 1, p. 99-102, 1995.

WORSTER, B.; HOLMES, S. The preoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer: a phenomenological study. **European Journal of Oncology Nursing**, Edinburgh, v. 12, n. 5, p. 418-424, dez., 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18842456>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

WOUND OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY. ASCRS and WOCN joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing fecal ostomy surgery. **Journal of Wound Ostomy Continence Nursing Society**. v.34, n.6, p. 627-628, 2007.

WOUND, OSTOMY, AND CONTINENCE NURSES SOCIETY. Management of the patients with a fecal ostomy: Best Practice Guideline for Clinicians. **Journal Wound Ostomy Continence Nursing Society**, v. 37, n. 6, p. 596-598, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21076257>. Acesso em: 27 fev. 2021.

WOUND OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY. **WOCN Society and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Colostomy or Ileostomy Surgery**. Mt. Laurel (NJ): Wound Ostomy Continence Nursing Society, 2014.

WU, J. S. Intestinal stomas: historical overview. In: FAZIO, V. W.; CHURCH, J. M.; WU, J. S. (eds.). **Atlas of intestinal stomas**. New York: Springer, 2012.

YANG, Y. et al. Preoperative anxiety in Chinese colorectal cancer patients: The role of social support, self-esteem and coping styles. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 121, n. 1, p. 81-87, 2019. Disponível em: <https://doi:10.1016/j.jpsychores.2019.02.009>. Acesso em: 01 maio 2021.

ZHAO, P. et al. Postoperative analgesia using dezocine alleviates depressive symptoms after colorectal cancer surgery: A randomized, controlled, double-blind trial. **PLoS One**, v. 15, n. 5, p. e0233412, 2020. Disponível em: <https://doi:10.1371/journal.pone.0233412>. Acesso em: 01 maio 2021.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, n. 6, p. 361-370, jun-1983. Disponível em: <https://doi.10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>. Acesso em: 27 fev. 2021.

ZIMNICKI, K. M. Preoperative teaching and stoma marking in an inpatient population: a quality improvement process using a FOCUS-Plan-Do-Check-Act model. **Journal of Wound Ostomy Continence Nursing Society**, v. 42, n. 2, p.165-169, 2015. Disponível em: <http://doi:10.1097/WON.000000000000111>. Acesso em: 01 maio 2021.





## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **TÍTULO DA PESQUISA: “Pacientes em tratamento cirúrgico: avaliação hemodinâmica e dos fatores estressores”**

**Pesquisador:** André Aparecido da Silva Teles

**Orientadora:** Helena Megumi Sonobe

Prezado(a) senhor(a),

Eu, André Aparecido da Silva Teles, enfermeiro pesquisador do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo, estou desenvolvendo a pesquisa “Pacientes em tratamento cirúrgico: avaliação hemodinâmica e dos fatores estressores”, sob a orientação da pesquisadora Helena Megumi Sonobe. Convidamos o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa que tem o objetivo de verificar se a permanência da Unidade de Recuperação Pós-anestésica após a cirurgia causa estresse (nervoso), e, também, se a presença de ansiedade ou depressão antes da cirurgia interferem na sua recuperação.

Caso concorde em participar, na véspera da sua cirurgia, no quarto onde o(a) senhor(a) que estiver internado(a), será aplicado pelo pesquisador um questionário breve, que levará cerca de 10 minutos, sobre as suas características necessárias para participar deste estudo. Caso o(a) senhor(a) não apresente estas características, sua participação será encerrada e neste caso, não será aplicado nenhum outro questionário pelo pesquisador. Mas, caso o(a) senhor(a) apresente estas características, serão aplicados pelo pesquisador dois questionários, um sobre informações pessoais de sua vida e a história da doença; e outro sobre a presença de ansiedade e depressão. O tempo previsto para responder a estas perguntas, é de cerca de 15 minutos. Além disso, pedimos a sua autorização para verificar o seu prontuário para ter acesso às informações da sua evolução antes, durante e depois da cirurgia.

Depois que o(a) senhor(a) tiver alta da Unidade de Recuperação Pós-anestésica para o quarto, nós vamos nos encontrar novamente, e aplicar um questionário sobre as situações de estresse, que podem ter ocorrido, durante a sua permanência no setor de recuperação pós-anestésica. O tempo previsto para responder este questionário é de 40 minutos.

Sua participação é voluntária, não está previsto nenhum gasto por participar da pesquisa e, também, não será dado nenhum tipo de remuneração. O(a) senhor(a) poderá desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem que isso prejudique o seu atendimento e o seu tratamento neste hospital. Ao participar desta pesquisa, acreditamos que os riscos esperados para o(a) senhor(a) poderão estar relacionados ao surgimento de desconfortos como tristeza ou ansiedade. Caso tenha algum desconforto, sua participação será imediatamente interrompida pelo pesquisador, estaremos ao seu lado para lhe ouvir e dar todo o

apoio necessário, entretanto, se isso não for suficiente, será realizada a avaliação da psicóloga do Grupo de pesquisa e tomadas as devidas providências. Esclarecemos que será usado um número ao invés do seu nome para manter o sigilo de sua identificação e privacidade das informações.

Dentre os benefícios de sua participação, caso tenha dúvidas e queira esclarecimentos e orientações sobre o enfrentamento do estresse durante o tratamento cirúrgico, o pesquisador os fornecerá ao(a) senhor(a), ao final da sua participação. Além disso, acreditamos que os resultados deste estudo nos ajudarão a identificar o estresse durante o tratamento cirúrgico para melhorar o atendimento dos pacientes com problemas no intestino, que realizam cirurgia. Qualquer dúvida ou informação que necessitar, poderá entrar em contato conosco pelo telefone: (16) 998126-3225; e-mail: andreapdo80@hotmail.com.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo aprovou o projeto. É um órgão de caráter consultivo, normativo, deliberativo e educativo, instituído para defender os interesses dos participantes da pesquisa e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões ético-científicos.

Assim, se por acaso o(a) senhor(a) tiver alguma dúvida ética, poderá entrar em contato com este Comitê de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16 horas 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.

Se o(a) senhor(a) se sentir prejudicado por ter participado desta pesquisa, poderá buscar indenização de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Caso o(a) senhor(a) concorde em participar, solicita-se a assinatura em duas vias deste documento, sendo que uma lhe será entregue, devidamente assinada pelo pesquisador responsável, e a outra será arquivada.

Agradeço pela sua colaboração.

Atenciosamente,

---

André Aparecido da Silva Teles

Li e concordo em participar da pesquisa.

---

Assinatura do participante de pesquisa

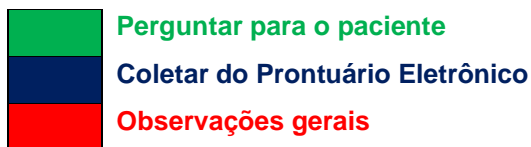
---

Data

## APÊNCICE B – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

### Instrumento para caracterização sociodemográfica e clínica

ID: \_\_\_\_\_



#### PRÉ-OPERATÓRIO

Rg: \_\_\_\_\_

Data internação: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

Sexo: 0. ( ) feminino 1. ( ) masculino

Estado civil: 1.( ) solteiro 2. ( ) casado/união consensual 3. ( ) separado 4. ( ) viúvo

Escolaridade (em anos **COMPLETOS** de estudo): \_\_\_\_\_

Situação profissional: 1.( ) ativo 2.( ) aposentado 3.( ) afastado pela doença (CCR)

4. ( ) inativo 5. ( ) do lar

Diagnóstico principal no prontuário médico: (CID-10: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ Histologia:

Estadiamento CCR: 1.( ) I 2.( ) II 3.( ) III 4.( ) IV (Classificação posterior)

Localização: \_\_\_\_\_

Patologias associadas: 1. ( ) sim 0. ( ) não

Hipertensão arterial sistêmica 1.( ) sim 0.( ) não

Diabetes mellitus 1.( ) sim 0.( ) não

Dislipidemia 1.( ) sim 0.( ) não

Obesidade 1.( ) sim 0.( ) não

Outras patologias associadas 1.( ) sim 0.( ) não:

Realizou Tratamento Neoadjuvante? 1. ( ) sim 0. ( ) não

Qual? 1. ( ) Quimioterapia 2. ( ) Radioterapia 3. ( ) Quimioterapia e Radioterapia

Uso de medicamentos controlados (com receita azul): 1. ( ) sim 0. ( ) não

Nome do medicamento: \_\_\_\_\_

Faz uso a quanto tempo? \_\_\_\_\_

Frequência (vezes por dia): 1. ( ) 1 vez 2. ( ) 2 vezes 3. ( ) mais de duas vezes

4. ( ) esporadicamente -88. ( ) não se aplica

Uso de psicotrópicos na internação: 1. ( ) sim 0. ( ) não

Nome do medicamento: \_\_\_\_\_

Frequência (vezes por dia): 1.( ) 1 vez 2.( ) 2 vezes 3.( ) Três vezes 4. ( ) Quatro vezes

5. ( ) esporadicamente -88. ( ) não se aplica

**Cirurgia remarçada:** 1. ( ) sim 0. ( ) não

**Frequência Remarcação:** 1. ( ) 1 vez 2. ( ) 2 vezes 3. ( ) mais de duas vezes

**Motivo:** \_\_\_\_\_

**O médico falou para o(a) senhor(a) se existe a possibilidade do(a) senhor(a) ficar com uma bolsinha após a cirurgia?:** 1. ( ) sim 0. ( ) não 2. ( ) Não me lembro

**Obs:** \_\_\_\_\_

**Presença de dor durante a internação:** 1. ( ) sim 0. ( ) não

Local da dor: \_\_\_\_\_

Intensidade (avaliada por escala visual analógica - 0 a 10): \_\_\_\_\_

**A sua família tem apoiado o(a) senhor(a) para este tratamento?:** 1. ( ) sim 0. ( ) não

**Obs:** \_\_\_\_\_

**Qual a sua maior preocupação nesta cirurgia?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### INTRAOPERATÓRIO

**Data da cirurgia:** \_\_\_\_\_

**Cirurgia proposta:** \_\_\_\_\_

**Cirurgia realizada:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Cirurgia:** 1. ( ) Aberta 0. ( ) Videolaparoscópica

**Início:** \_\_\_\_\_ h **Término:** \_\_\_\_\_ h

**Intercorrências em SO:** 1. ( ) sim 0. ( ) não

Sangramento: 1. ( ) sim 0. ( ) não

Arritmia: 1. ( ) sim 0. ( ) não

Hipertensão arterial: 1. ( ) sim 0. ( ) não

Hipotensão Arterial: 1. ( ) sim 0. ( ) não

Outras: 1. ( ) sim 0. ( ) não

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Observações:**

\_\_\_\_\_

### PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO (ENFERMARIA)

**Data de chegada da URPA na enfermaria:** \_\_\_\_\_

**Hora de chegada da URPA na enfermaria:** \_\_\_\_\_

**Estoma Intestinal:** 1. ( ) sim 0. ( ) não

**Demarcação do local do estoma:** 1. ( ) sim 0. ( ) não

**Tipo de estoma:** 1. ( ) Colostomia 2. ( ) Ileostomia 3. ( ) Perineal 3. ( ) outro \_\_\_\_\_

**Localização:** 1. ( ) QSD 2. ( ) QID 3. ( ) QSE 4. ( ) QIE 5. ( ) outro \_\_\_\_\_

**Drenos:** 0. ( ) não 1. ( ) Penrose 2. ( ) Biosuctor 3. ( ) outro \_\_\_\_\_

**Cateteres:** 0. ( ) não 1. ( ) Periférico 2. ( ) Central 3. ( ) outro \_\_\_\_\_

**Sondas:** 0. ( ) não 1. ( ) Vesical de demora 2. ( ) Gástrica 3. ( ) outra \_\_\_\_\_

**Observações:**

---



---



---

**Intercorrências na Unidade de Internação:** 1. ( ) sim 0. ( ) não

Náusea: 1. ( ) sim 0. ( ) não

Vômitos: 1. ( ) sim 0. ( ) não

Sangramento: 1. ( ) sim 0. ( ) não

Dor: 1. ( ) sim . 0. ( ) não

Febre: 1. ( ) sim 0. ( ) não

Reoperação: 1. ( ) sim 0. ( ) não (motivo \_\_\_\_\_)

Outras intercorrências: 1. ( ) sim 0. ( ) não

---



---

**Uso de medicamentos psicotrópicos no pós-operatório:** 1. ( ) sim 0. ( ) não

Nome do medicamento (Frequência de uso):

---



---

**Data da reintrodução da dieta:** \_\_\_\_\_

**Necessidades de informações para alta hospitalar:**

---



---

**Orientações recebidas:**

( ) Rotinas da Unidade

( ) Cuidados com a Estomia

( ) Cirurgia

( ) Troca da Bolsa

( ) Rotina do Centro Cirúrgico

( ) Programa de Ostomizados

( ) Demarcação do Estoma

( ) Ingesta hídrica e deambulação

( ) Cuidados com a Ferida Operatória

( ) Retornos e seguimentos

( ) Possibilidade de Estomia

---



---

**Recebeu contrarreferência:** 1. ( ) sim 0. ( ) não

**Encaminhado ao Programa de Ostomizados:** 1. ( ) sim 0. ( ) não -88. ( ) Não se aplica

**Outro Serviço:** 1. ( ) sim 0. ( ) não

**Serviço:** \_\_\_\_\_

Data alta: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ h

**Observações:**

---



---

**PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO (Ambulatório)**

Data do Retorno: \_\_\_\_\_

Acompanhado: 1. ( ) sim 0. ( ) não

Acompanhante: 1. ( ) Companheiro(a) 2. ( ) Cuidador(a) 3. ( ) Filho 4. Outro: \_\_\_\_\_

Alguma dificuldade no Pós Operatório? 1. ( ) sim 0. ( ) não

---

Dificuldades com a Bolsa? 1. ( ) sim 0. ( ) não -88. ( ) não se aplica

---

Alguma complicação com a cirurgia? 1. ( ) sim 0. ( ) não

---

Alguma complicação com a bolsa? 1. ( ) sim 0. ( ) não -88. ( ) não se aplica

---

Realiza sozinho o autocuidado com a Bolsa? 1. ( ) sim 0. ( ) não -88. ( ) não se aplica

Se não, quem o(a) auxilia? 1. ( ) Companheiro(a) 2. ( ) Cuidador(a) 3. ( ) Filho(a)

4. Outro: \_\_\_\_\_ -88. ( ) não se aplica

Tem alguma dúvida sobre os cuidados com a cirurgia? 1. ( ) sim 0. ( ) não

---

Dúvida sobre os cuidados com a bolsa? 1. ( ) sim 0. ( ) não -88. ( ) não se aplica

---

Já foi ao Programa de Ostomizados? 1. ( ) sim 0. ( ) não -88. ( ) não se aplica

Teve alguma dificuldade no Programa? 1. ( ) sim 0. ( ) não -88. ( ) não se aplica

---

Possibilidade de realizar tratamento Adjuvante? 1. ( ) sim 0. ( ) não 2. ( ) Não fui informado(a) 3. ( )

Não me lembro 4. ( ) Não sei -88. ( ) não se aplica

**Qual?**

1. ( ) Quimioterapia 2. ( ) Radioterapia 3. ( ) Quimioterapia e Radioterapia -88. ( ) não se aplica

**Obs:**

---



---



## ANEXO A – OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o  
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

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 134/2018, de 22/06/2018**

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 20 de junho de 2018.

**Protocolo CAAE:** 83343818.7.0000.5393

**Projeto:** Pacientes com câncer colorretal em tratamento cirúrgico: avaliação hemodinâmica e dos fatores estressores

**Pesquisadores:** André Aparecido da Silva Teles  
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 - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)<sup>1</sup>

Marque com um X a resposta que melhor corresponder a como você se sente agora.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca

D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Não tanto quanto antes
- 2 ( ) Só um pouco
- 3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte
- 2 ( ) Sim, mas não tão forte
- 1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 ( ) Não sinto nada disso

D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Atualmente um pouco menos
- 2 ( ) Atualmente bem menos
- 3 ( ) Não consigo mais

A Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Raramente

D Eu me sinto alegre:

- 3 ( ) Nunca
- 2 ( ) Poucas vezes
- 1 ( ) Muitas vezes
- 0 ( ) A maior parte do tempo

A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 ( ) Sim, quase sempre
- 1 ( ) Muitas vezes
- 2 ( ) Poucas vezes
- 3 ( ) Nunca

D Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 ( ) Quase sempre
- 2 ( ) Muitas vezes
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca

---

<sup>1</sup> BOTEGA, N. J.; PONDÉ, M. P.; MEDEIROS, P.; LIMA, M. G.; GUERREIRO, C. A. M. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epilépticos ambulatoriais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 47, n. 6, p. 285-289, jun.1998.

A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:  
0 ( ) Nunca  
1 ( ) De vez em quando  
2 ( ) Muitas vezes  
3 ( ) Quase sempre

D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:  
3 ( ) Completamente  
2 ( ) Não estou mais me cuidando como eu deveria  
1 ( ) Talvez não tanto quanto antes  
0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:  
3 ( ) Sim, demais  
2 ( ) Bastante  
1 ( ) Um pouco  
0 ( ) Não me sinto assim

D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:  
0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
1 ( ) Um pouco menos do que antes  
2 ( ) Bem menos do que antes  
3 ( ) Quase nunca

A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:  
3 ( ) A quase todo momento  
2 ( ) Várias vezes  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Não sinto isso

D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:  
0 ( ) Quase sempre  
1 ( ) Várias vezes  
2 ( ) Poucas vezes  
3 ( ) Quase nunca

## ANEXO C – ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (BPSS-10)<sup>2</sup>

As questões nesta escala perguntam a respeito dos seus sentimentos e pensamentos durante os **últimos 30 dias** (último mês). Em cada questão **indique a frequência** com que você se **sentiu ou pensou** a respeito da situação.

1. Com que frequência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente? (considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ].Nunca    [ 1 ].Quase Nunca    [ 2 ].Às Vezes    [ 3 ].Pouco Freqüente    [ 4 ] Muito Freqüente
2. Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida? (considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ].Nunca    [ 1 ].Quase Nunca    [ 2 ].Às Vezes    [ 3 ].Pouco Freqüente    [ 4 ] Muito Freqüente
3. Com que frequência você esteve nervoso ou estressado? (considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ].Nunca    [ 1 ].Quase Nunca    [ 2 ].Às Vezes    [ 3 ].Pouco Freqüente    [ 4 ] Muito Freqüente
4. Com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais? (considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ].Nunca    [ 1 ].Quase Nunca    [ 2 ].Às Vezes    [ 3 ].Pouco Freqüente    [ 4 ] Muito Freqüente
5. Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava? (considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ].Nunca    [ 1 ].Quase Nunca    [ 2 ].Às Vezes    [ 3 ].Pouco Freqüente    [ 4 ] Muito Freqüente
6. Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer? (considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ].Nunca    [ 1 ].Quase Nunca    [ 2 ].Às Vezes    [ 3 ].Pouco Freqüente    [ 4 ] Muito Freqüente
7. Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida? (considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ].Nunca    [ 1 ].Quase Nunca    [ 2 ].Às Vezes    [ 3 ].Pouco Freqüente    [ 4 ] Muito Freqüente
8. Com que frequência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle? (considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ].Nunca    [ 1 ].Quase Nunca    [ 2 ].Às Vezes    [ 3 ].Pouco Freqüente    [ 4 ] Muito Freqüente
9. Com que frequência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle? (considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ].Nunca    [ 1 ].Quase Nunca    [ 2 ].Às Vezes    [ 3 ].Pouco Freqüente    [ 4 ] Muito Freqüente
10. Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los? (considere os últimos 30 dias)  
[ 0 ].Nunca    [ 1 ].Quase Nunca    [ 2 ].Às Vezes    [ 3 ].Pouco Freqüente    [ 4 ] Muito Freqüente

<sup>2</sup> REIS, R.S., HINO, A.A., ANEZ, C.R., 2010. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. J Health Psychol 15, 107-114.