



Percepção de estresse entre pacientes em período pré-colonoscópico e em tratamento quimioterápico

Stress perception among patients in pre-colonoscopy period and those undergoing chemotherapy treatment

Percepción de estrés entre pacientes en período precolonoscópico y en tratamiento quimioterápico

Graziela de Souza Alves da Silva¹, Gabriela Alves Vieira da Silva¹, Camila Cristine Antonietti¹, Sonia Betzabeth Ticona Benavente¹, Rodrigo Marques da Silva¹, Ana Lucia Siqueira Costa¹

Objetivo: comparar a percepção de estresse entre pacientes com câncer colorretal em tratamento quimioterápico com aqueles no período pré-colonoscópico. **Métodos:** estudo descritivo, comparativo, desenvolvido com 144 pessoas em quimioterapia e com 100 pacientes em período pré-colonoscópico, utilizando-se formulário de dados biosociais e clínicos, o Instrumento de Avaliação de Estresse e a Escala de Estresse Percebido. **Resultados:** dos pacientes em período pré-colonoscópico, houve predominância do sexo feminino (73%), na faixa etária acima de 65 anos (50%). Daqueles em quimioterapia houve paridade quanto aos sexos e a maioria se encontrava na faixa etária de 40 a 64 anos (68,1%). As pessoas no período pré-colonoscópico apresentaram maior estresse percebido quando comparado àqueles em quimioterapia ($p < 0,001$). **Conclusão:** a fase de definição diagnóstica representa maior estresse aos pacientes em comparação ao período terapêutico, mesmo diante das manifestações características da quimioterapia.

Descritores: Neoplasias Colorretais; Estresse Psicológico; Colonoscopia; Quimioterapia.

Objective: comparing the perception of stress among patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy with those in pre-colonoscopy period. **Methods:** a comparative descriptive study developed with 144 people receiving chemotherapy and 100 patients in the pre-colonoscopy period, using biosocial and clinical data, Stress Assessment Tool and Perceived Stress Scale. **Results:** a predominance of females (73%), aged over 65 (50%) were predominant for the pre-colonoscopy period patients. In patients receiving chemotherapy, gender parity with ages ranging from 40-64 years (68.1%) was observed. Pre-colonoscopy patients showed higher perceived stress compared to those receiving chemotherapy ($p < 0.001$). **Conclusion:** the phase of diagnostic definition represents greater stress to patients in comparison to period of treatment, even despite the characteristic manifestations of chemotherapy.

Descriptors: Colorectal Neoplasms; Stress, Psychological; Colonoscopy; Drug Therapy.

Objetivo: comparar la percepción de estrés entre pacientes con cáncer colorrectal sometidos a quimioterapia con aquellos en el período precolonoscópico. **Métodos:** estudio descriptivo, comparativo, desarrollado con 144 personas en quimioterapia y 100 pacientes en el período precolonoscópico, mediante formulario de datos biosociales y clínicos, la Herramienta de Evaluación de Estrés y la Escala de Estrés Percibido. **Resultados:** en los pacientes en el período precolonoscópico, hubo predominio del sexo femenino (73%), mayores de 65 años (50%). Los de la quimioterapia no había paridad que los sexos y la mayoría estaban en el rango de edad de 40 a 64 años (68,1%). Las personas en el período precolonoscópico mostraron mayor estrés percibido en comparación con aquellos que reciben quimioterapia ($p < 0,001$). **Conclusión:** la fase de definición de diagnóstico representa mayor estrés a los pacientes en comparación con el período de tratamiento, incluso antes de las manifestaciones características de la quimioterapia.

Descritores: Neoplasias Colorrectales; Estrés Psicológico; Colonoscopia; Quimioterapia.

¹Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Ana Lúcia Siqueira Costa
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP: 05403-000 - São Paulo, SP, Brasil. E-mail: anascosta@usp.br

Introdução

O câncer colorretal é um dos tipos de câncer curável e tratável quando diagnosticado na fase inicial⁽¹⁻²⁾. Assim, a Organização Mundial da Saúde orienta implementar medidas públicas de prevenção para o combate de diferentes tipos de câncer, seja na promoção da saúde com o diagnóstico precoce mediante o rastreamento da doença, seja no tratamento dos tumores primários e/ou secundários⁽³⁾. Enquanto exames de rastreamento, recomenda-se o teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes, a retossigmoidoscopia e a colonoscopia⁽²⁾. A possibilidade ou confirmação diagnóstica de qualquer tipo de neoplasia maligna impacta emocionalmente nos indivíduos, pois representa uma caminhada progressiva e dolorosa⁽⁴⁾.

Em específico ao diagnóstico de câncer colorretal, destaca-se a colonoscopia que é um exame desconfortável para o paciente, pode desencadear sentimentos de vulnerabilidade, vergonha, medo e dor antes do procedimento⁽⁵⁾, assim como sentimentos de apreensão e temor em relação aos resultados do mesmo. Quanto à terapêutica, as principais opções de tratamento encontradas na atualidade são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. Ao analisar a multimodalidade do tratamento, destaca-se a quimioterapia devido aos efeitos colaterais associados que incluem alopecia, alterações cardiológicas e gastrintestinais, náuseas e baixo sistema imunológico, isolamento social e mudanças na sua rotina de vida diária, entre outros, com impacto a qualidade de vida dos pacientes⁽³⁻⁴⁾.

Dessa forma, o período que envolve o diagnóstico do câncer colorretal, caracterizado pelo exame colonoscópico, assim como a quimioterapia, tendo em vista suas repercussões orgânicas e psíquicas, podem ser percebidos como estressantes pelos indivíduos e levá-los ao estresse. Nesse contexto, a partir do Modelo Interacionista do Estresse, referem que o estresse ocorre quando uma situação é avaliada como taxando ou excedendo os recursos adaptativos de um indiví-

duo ou sistema social. Esse processo implica na chamada avaliação cognitiva, na qual o indivíduo classifica a situação em uma série de categorias avaliativas, definindo-a como um desafio ou uma ameaça. Nesta concepção, a possibilidade de doença e a vivência dos efeitos da quimioterapia podem ser avaliados de formas distintas pelos indivíduos, podem ou não serem percebidos como estressores⁽⁶⁾. Sobre isso, em pesquisa com pacientes com câncer colorretal, comparou a intensidade de estresse apresentada por pacientes submetidos a diferentes três distintas situações (cirurgia, cirurgia e quimioterapia ou cirurgia e radioterapia) sendo observado que os pacientes submetidos à quimioterapia após procedimento cirúrgico apresentaram maior intensidade de estresse quando comparados aos demais grupos, evidenciando que efeitos produzidos pela terapêutica do câncer colorretal é percebido como desgastante ao paciente⁽⁷⁾.

No entanto, em ampla busca realizada na literatura, constatou-se escassez de estudos que fizessem esta comparação. Portanto, surge a necessidade de compreender o impacto do procedimento colonoscópico e do tratamento quimioterápico, considerando suas peculiaridades na percepção de estresse. Assim, os resultados poderão fornecer subsídios para direcionar as ações da equipe de enfermagem no cuidado integral a saúde do paciente, além de ampliar o conhecimento nesta área.

A partir do exposto, teve-se como objetivo comparar a percepção de estresse entre pacientes com câncer colorretal em tratamento quimioterápico com aqueles no período pré-colonoscópico.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, analítico e com abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu em duas instituições distintas. As pessoas em tratamento quimioterápico foram captadas no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo e no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo foram feitas as coletas dos pacientes em período pré-

colonoscópico. Essa investigação envolve pacientes de duas instituições diferentes pois decorre da comparação de dois bancos de dados produzidos por pesquisadores da Universidade de São Paulo em períodos diferentes do tempo. Dado ambas as instituições hospitalares são parceiras desde 2011⁽⁸⁾ e, portanto, possuem protocolos similares para o atendimento aos pacientes com câncer, foi possível comparar o estresse entre os grupos (em fase diagnóstica e terapêutica), mesmo em momentos distintos.

O dimensionamento amostral dos pacientes em tratamento quimioterápico baseou-se em uma amostragem aleatória simples referente ao número de pacientes/mês em tratamento quimioterápico para câncer colorretal no ambulatório de Oncologia Clínica do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Definiu-se intervalo de confiança de 95% e poder de teste de 80%. Deste modo, a amostra determinada foi de 144 pacientes. Os dados foram coletados entre junho de 2012 e janeiro de 2013, por meio de entrevista, no momento em que os indivíduos recebiam o tratamento quimioterápico após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Já para os pacientes em período de pré-colonosopia, o cálculo amostral baseou-se na regressão linear múltipla de dez preditores para pacientes em pré-procedimento colonoscópico com intervalo de confiança de 95% e poder de teste de 90%. Deste modo, a amostra determinada foi de 100 pacientes. Os dados foram coletados no período de abril a julho de 2011 no Serviço de Endoscopia do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, por meio de entrevista, no dia em que o exame seria realizado, logo no início do preparo final do cólon.

Durante as entrevistas, foram aplicados um formulário de dados biossociais e clínicos, bem como a Escala de Estresse Percebido de 10 itens, em ambos os grupos. O Formulário de dados biossociais e clínicos foi composto, para o grupo em procedimento pré-colonoscópio, de informações referentes a: sexo, idade, estado civil, escolaridade, número de exames

realizados, indicação do procedimento colonoscópico e o conhecimento prévio. Já para o grupo com câncer colorretal em tratamento quimioterápico, o formulário avaliou as seguintes informações: sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de diagnóstico e tratamento quimioterápico.

A Escala de Estresse Percebido foi validada para adultos no Brasil⁽⁹⁾. Ela foi elaborada para que o indivíduo possa avaliar, conforme a sua própria percepção, as experiências estressantes no período passado de um mês. A escala possui 10 itens, organizados em escala Likert de cinco pontos, em que: 0-nunca; 1-quase nunca; 2-às vezes; 3-quase sempre; e 4-sempre⁽⁹⁾.

Os dados foram organizados, armazenados e analisados no *Statistical Package for Social Sciences* (Versão 20,0). As variáveis qualitativas foram apresentadas pela frequência absoluta(n) e percentual (%) e as quantitativas por meio de medidas descritivas (mínimo, máximo, média e desvio-padrão). Para visualização dos dados da Escala de Estresse Percebido, foram utilizados os valores das medianas e quartis, bem como gráfico boxplot. Para a análise de comparação entre as médias dos dois grupos estudados para a escala utilizada, utilizou-se o teste t-Student. Valores de $p < 0,001$ foram considerados estatisticamente significativos.

Com a intenção de avaliar a consistência interna dos instrumentos, foi realizado o teste alfa de Cronbach para o total da pontuação e para os 10 itens em separado nas duas populações. Valor de alfa superiores a 0,5 foram considerados satisfatórios para atestar confiabilidade ao instrumento significativo o coeficiente alfa de Cronbach maior que 0,5⁽¹⁰⁾.

Para os pacientes quimioterápicos, o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Protocolo n.1005/2011) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Protocolo nº 154/2011). Quanto ao estudo junto aos indivíduos em período pré-colonoscópio, o mesmo foi avaliado e aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem na Universidade de São Paulo (Protocolo nº 1011/2011) e pela Câmara de Pesquisa da Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

Resultados

Dos 100 pacientes em período pré-colonoscópio, observa-se a predominância do sexo feminino (73.0%), na faixa etária acima de 65 anos (50%), seguido por 40 a 64 anos (41.0%), com algum tipo de relação afetiva (90.0%) e com ensino médio como grau de instrução (33.0%). Já, dos 144 pacientes em tratamento quimioterápico, houve paridade quanto aos sexos, a maioria se encontrava na faixa etária de 40 a 64 anos (68,1%), com algum tipo de relação afetiva (91,6%), e com ensino fundamental (67,8%).

Pela Tabela 1, apresenta-se a distribuição dos pacientes em período pré-colonosopia segundo as características relativas ao procedimento colonoscópico.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes em período pré-colonosopia (n=100) segundo as características inerentes ao procedimento colonoscópico

Características inerentes ao procedimento colonoscópico	n(%)
Exames anteriores realizados	
Nenhum	15(15,0)
1	19(19,0)
≥ 2	66(66,0)
Motivo da colonoscopia*	
Sangramento/anemia/alteração do hábito intestinal/dor abdominal	29(29,0)
Doença inflamatória intestinal	21(21,0)
História familiar de câncer de cólon	68(68,0)
Controle pós ressecção de tumor de cólon	20(20,0)
Rastreamento de neoplasias e lesões polipoides	15(15,0)
Conhecimento prévio do procedimento	
Exame diagnóstico de doenças no cólon	23(23,0)
Como meio de diagnóstico de doenças no cólon e ao preparo prévio específico para realização do procedimento	77(77,0)

*O total excede o valor amostral devido a possibilidade de assinalar 2 ou mais motivos

Houve predomínio de paciente experientes quanto ao exame, tendo realizado o mesmo 2 ou mais vezes (66.0%) e com história familiar de câncer de cólon (68.0%). Ainda, os pacientes acreditam que a colonoscopia tem como objetivo diagnosticar doenças no cólon, havendo a necessidade de preparo específico para sua realização (77.0%).

Na Tabela 2, apresenta-se a distribuição dos pacientes em tratamento quimioterápico para câncer colorretal segundo suas características clínicas.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes em tratamento quimioterápico para câncer colorretal segundo suas características clínicas

Características clínicas dos pacientes com câncer colorretal em tratamento quimioterápico	n(%)
Tempo de diagnóstico (meses)	
0 - 6	63(47,3)
7 - 12	40(30,1)
13 - 24	9(6,8)
25 - 60	19(14,3)
61 - 300	2(1,5)
Perdas	11(7,6)
Tratamento quimioterápico	
Adjuvante	91(65,0)
Neoadjuvante	4(2,9)
Paliativo	45(32,1)
Perdas	4(2,8)

Foi evidenciado predomínio de pacientes no início do seu tratamento e com menos de um ano de diagnóstico da lesão tumoral (77,4%), sendo que o tratamento quimioterápico adjuvante ao procedimento cirúrgico é o mais utilizado (65.0%). (Tabela 2).

Em relação confiabilidade da Escala de Estresse Percebido para as populações estudadas, identificou-se Alfa de Cronbach de 0,583 e 0,77 para os pacientes em pré-procedimento colonoscópico e em tratamento quimioterápico respectivamente. Esses valores atestam confiabilidade satisfatória ao instrumento⁽¹⁰⁾.

Os indivíduos em período pré-colonoscópio obtiveram pontuação de estresse percebido mais

elevada (Mediana= 25), com variação entre os quartis de 18 e 26 pontos, que os pacientes em tratamento quimioterápico (Mediana=15), com valores entre 9 e 19 pontos. (Figura 1 e Tabela 3).

Na comparação dos valores mínimos e máximos, média, desvio-padrão e quartis entre os pacientes,

colorretal, e, portanto, a mortalidade nesse grupo o escore de estresse percebido entre os grupos analisados apresenta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Os indivíduos em período pré-colonoscópico apresentam maior estresse percebido em relação ao grupo de pacientes em tratamento quimioterápico (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação da Escala de Estresse Percebido entre os pacientes em pré-procedimento colonoscópico e em tratamento quimioterápico

Pacientes	Escala de Estresse Percebido						
	Mínimo	Máximo	Média*	Dp**	Mediana	1º quartil	3º quartil
Em pré-colonosopia	9	27	22,3*	5,3	25	18	26
Tratamento quimioterápico	0	34	14,4*	6,8	15	9	19

*Teste *t-Student* ($p < 0,001$) **Desvio padrão

Discussão

Nos últimos anos, o estado tem intensificado o planejamento de ações de prevenção, controle e assistência aos pacientes com câncer. Embora as estratégias de combate à doença sejam importantes, aquelas de caráter preventivo são essenciais uma vez que diferentes tipos de câncer, atualmente, são curáveis se tratados em seus estágios iniciais^(2,11). Para isso, o diagnóstico deve ser realizado com brevidade, o que pode ser feito por meio da colonoscopia⁽¹¹⁾.

Nesse contexto, dos 100 pacientes em período pré-colonoscópico, observou-se a predominância daqueles do sexo feminino (73,0%), na faixa etária acima de 65 anos (50%), seguido por 40 a 64 anos (41,0%), com algum tipo de relação afetiva (90,0%) e com ensino médio como grau de instrução (33,0%). O predomínio de mulheres dentro da faixa etária preconizada para rastreamento de pacientes de baixo risco (>50 anos) pode estar relacionado ao fato de que elas buscam os serviços de saúde, independentemente do grau de instrução, com mais frequência que os homens. Assim, conseguem ser diagnosticadas na fase inicial de diferentes tipos de câncer, em específico para o câncer

é menor. Isso é confirmado por dados levantados em revisão sistemática realizada em várias bases de dados internacionais^(1,12). Nessa revisão, foi verificado que as mulheres buscam mais os serviços de saúde e aderem mais as medidas preventivas do câncer, como a colonoscopia, do que os homens. Ainda, a incidência e mortalidade foram diferentes entre os sexos, de forma que as mulheres morrem menos que os homens devido ao câncer colorretal^(1,12).

Quanto aos aspectos clínicos, houve predomínio de paciente experientes quanto ao exame, tendo realizado o mesmo 2 ou mais vezes (66,0%) e com história familiar de câncer de colón (68,0%). A colonoscopia deve ser realizada, para fins de rastreamento, em indivíduos de baixo risco, a cada 5 anos após os 50 anos e a cada 10 anos em indivíduos com mais de 60 anos. No entanto, em populações de risco, ou seja, com mais de 50 anos ou com história familiar e pessoal de câncer ou pólipos, a colonoscopia já deve ser realizada a partir dos 40 anos de idade⁽¹⁾. Nesse contexto, é importante destacar que a história familiar é um fator de risco determinante para o câncer, como identificado por

pesquisadores que observaram relação significativa entre história familiar de primeiro grau e o maior risco de tumores, em amostra de estudos sobre tumores pancreáticos⁽¹³⁾. Por isso, é imprescindível a identificação das pessoas com maior risco de câncer relacionado à história pregressa na família por meio de registro acurado e detalhado, com especificação dos tipos de tumores, idade, diagnóstico, localização e confirmação das informações⁽¹³⁾. Assim, torna-se possível o encaminhamento desses indivíduos para o rastreamento intensivo, o aconselhamento genético e o estabelecimento de intervenções para prevenção ou controle precoce da doença⁽¹³⁾.

Além do exposto, nessa pesquisa, evidenciou-se que os pacientes acreditam que a colonoscopia tem como objetivo diagnosticar doenças no cólon, havendo a necessidade de preparo específico para sua realização (77,0%). Em relação ao procedimento, esse achado pode ser compreendido como positivo, uma vez que o conhecimento dos aspectos e cuidados envolvidos nos procedimentos em saúde minimiza o desgaste emocional e a ansiedade dos paciente, além de reduzir as complicações pós-procedimento⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, destaca-se a importância de uma educação em saúde eficiente, o que depende do uso de uma linguagem de fácil compreensão e de diferentes métodos de ensino pelos profissionais de saúde, em especial pelos enfermeiros, principais responsáveis pelas orientações que precedem os procedimentos clínicos e cirúrgicos⁽¹³⁾.

Dentre os 144 pacientes em tratamento quimioterápico, a população está igualmente dividida quanto ao sexo, com predomínio daqueles na faixa etária de 40 a 64 anos (68,1%), com algum tipo de relação afetiva (91,6%) e com ensino fundamental (67,8%). Em pesquisa realizada com 58 pacientes ambulatoriais atendidos em um hospital de oncologia do Iran, recebendo quimioterapia para diferentes tipos de câncer, foi identificado que 30% eram homens e 70% mulheres, com média etária de 53,4 anos⁽¹⁵⁾. Em investigação conduzida junto a 60 indivíduos de *Pozega* (Croácia) diagnosticados com câncer

gastrointestinal (56 com câncer no cólon ou reto, 2 no estômago e 2 no pâncreas), foi verificado predomínio de homens (73,3%), com média etária de 68,70 anos ($\pm 9,2$), com predomínio de pacientes casados (91,7%) e com ensino médio completo (48,3%)⁽¹⁶⁾. Outro estudo realizado junto a 70 pacientes com câncer colorretal na Arábia Saudita, foi observado pacientes com idade média de 53,6 anos ($\pm 12,2$), sendo 48,6% homens e 51,4% mulher, 77,1% casados, 70% vivem com esposa(o) e filhos e 50% com ensino médio completo⁽¹⁷⁾. Com base nesses achados, apreende-se que o perfil apresentado pelos pacientes brasileiros em tratamento quimioterápico são similares ao perfil verificado em pesquisas internacionais, ou seja, são indivíduos casados ou em relação estável, com idades indicativas de fase adulta e idosa. No entanto, a ocorrência de câncer segundo o sexo varia entre os estudos apresentados, o que pode estar relacionado ao tipo de câncer envolvido em cada investigação. Ainda, o nível de instrução dos pacientes nos estudos internacionais é superior (Ensino médio) àquele verificado nessa investigação (Ensino Fundamental). Sobre isso, já foi apontada relação entre baixo grau de instrução e a dificuldade de acesso a informação e estudos, sendo, portanto, maior a dificuldade em reconhecer os sintomas da doença. Por consequência, o indivíduo leva mais tempo para buscar os serviços de saúde e, por conseguinte, para ser diagnosticado, com maior risco de detecção de tumores avançados cujas terapias tendem a ser mais agressivas e o prognóstico esperado pior^(5,14).

Em relação ao diagnóstico e tratamento para o câncer colorretal, evidenciou-se o predomínio de pacientes no início do seu tratamento e com menos de um ano de diagnóstico da lesão tumoral (77,4%), sendo que o tratamento quimioterápico adjuvante ao procedimento cirúrgico é o mais utilizado (65,0%). Em pesquisa conduzida na Arábia Saudita, foi observado que os pacientes foram diagnosticados há aproximadamente 2 anos, sendo que a intervenção mais frequente foi a cirurgia (95,7%) e a terapêutica coadjuvante mais comum a quimioterapia (78,6%),

seguida pela radioterapia(18,6%)⁽¹⁷⁾. Observa-se que os pacientes estão há um tempo considerável em tratamento após o diagnóstico, já tendo passado pela fase da confirmação diagnóstica, pelas dificuldades vividas no início da tratamento devido às dúvidas e efeitos colaterais relacionados à quimioterapia, bem como pelos medos relacionados à cirurgia. Sobre isso, em revisão sistemática que teve pacientes com câncer de mama como população-alvo, foi encontrado que esses passam por diferentes momentos difíceis na fase diagnóstica, incluindo a suspeita da presença do tumor e a confirmação do diagnóstico médico⁽¹⁸⁾. Esses momentos são considerados desgastantes pelos pacientes por estarem relacionados à morte. Entretanto, nesse período, ocorrem mudanças no enfrentamento, surgindo expectativas positivas voltadas para a cura, com esperança de voltar à “normalidade”, mudanças que facilitam o tratamento e minimizam o estresse⁽¹⁸⁾. Esse contexto pode, em parte, explicar o resultado encontrado na comparação do estresse percebido entre pacientes em quimioterapia e aqueles em fase diagnóstica, ou seja, de que o estresse percebido pelos indivíduos em fase pré- procedimento colonoscópico é maior quando comparado ao estresse dos pacientes em tratamento quimioterápico para câncer colorretal. Em pesquisa conduzida com 100 pacientes em quimioterapia para tratamento de câncer colorretal no Hospital A.C. Camargo, em São Paulo, foi observado baixo nível de estresse percebido, com 12,05 pontos na Escala de Estresse Percebido⁽¹⁹⁾, o que fortalece os achados dessa pesquisa.

Além disso, cabe mencionar que o rastreamento do câncer colorretal é realizado, principalmente através da colonoscopia e que apesar de ser um método acurado de diagnóstico, somente poderá ser realizado com um preparo intestinal adequado. Para se obter um exame de alta qualidade, isto é, que permita a visualização da mucosa do intestino grosso limpo para um correto diagnóstico médico, são necessários grandes volumes de laxativos, o que torna o procedimento desconfortável, doloroso e

estressante⁽¹¹⁾. Sobre isso, pesquisa realizada com 100 pacientes em período pré-colonoscópico revelou que os cuidados envolvidos no preparo do cólon, tais como a sedação, a exposição do corpo em relação à via de acesso para a realização do exame e o seu desconforto, foram percebidos pelos indivíduos como estressantes e foram fatores comuns de recusa para a realização do exame. Ainda, em investigação⁽¹¹⁾, do tipo caso-controle, realizada em 200 indivíduos, sendo 100 casos e 100 controles, verificou que os indivíduos com doença inflamatória intestinal reportaram a presença de dor e náuseas durante o lavado intestinal no momento da ileocolonoscopia como situações desgastantes. Além disso, a autora afirma que os mais jovens sentem-se mais envergonhados e inseguros devido à característica e localização anatômica do exame, já os idosos sentem-se preocupados com o resultado do mesmo⁽¹¹⁾.

Além dos exames prévios, cirurgias e inúmeros procedimentos invasivos, o paciente com câncer colorretal também enfrentará a quimioterapia. Similarmente a essa investigação, em uma pesquisa com 400 pacientes da Alemanha recentemente diagnosticados com câncer colorretal, foi observado predomínio de pacientes com moderado nível de estresse no início do tratamento. Após seis meses de tratamento, foi observado que o número de indivíduos com alto estresse reduziu de 27% para 18%, com diferentes estatisticamente significativa⁽²⁰⁾. Nesse sentido, acredita-se que, para estes pacientes, a quimioterapia passar a representar menor estresse devido às vantagens que são ponderadas na relação “custo-benefício” com os efeitos colaterais, sejam físicos ou psicológicos⁽¹⁹⁻²¹⁾. Dessa forma, provavelmente por se tratar de um evento novo, esse causa certo grau de estresse no início, mas ao entender que é uma opção de controle da doença ou cura, a quimioterapia é compreendida como uma ferramenta de combate à doença e/ou luta pela vida⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Com base nos resultados encontrados, é importante compreender que o processo de descoberta do câncer colorretal é percebido de forma

mais desgastante pelos pacientes do que a terapêutica em si. Isso é fortalecido pela assertiva de que a quimioterapia tem proporcionado notável otimismo no tratamento do câncer e no aumento da taxa de sobrevivência dos pacientes, embora o tempo entre o momento do diagnóstico e a aceitação da doença varie de acordo com cada indivíduo⁽²²⁾. Além do exposto, é importante destacar que o avanço na área farmacêutica tem proporcionado um controle mais efetivo dos efeitos colaterais da quimioterapia, dentre os quais as náuseas e vômitos, por meio da associação de diferentes drogas, o que torna esse processo menos desgastante nos dias atuais⁽²³⁾. Por isso, é importante que estratégias de enfrentamento efetivas sejam desenvolvidas e utilizadas pelos pacientes e que o suporte social oferecido pela família e profissionais de saúde seja efetivo para minimização do estresse, em especial no período diagnóstico.

Conclusão

Na comparação do estresse percebido entre os pacientes no período pré-colonoscópico com aqueles em tratamento quimioterápico, verificou-se que a percepção de estresse é maior no primeiro grupo quando comparado ao segundo. Acredita-se que os medos relacionados ao diagnóstico e os desconfortos característicos do exame colonoscópico justifiquem maior percepção de estresse nesses pacientes. Por outro lado, o entendimento da quimioterapia como uma forma de enfrentamento da doença, a significação dessa como uma forma de estar vivo e a inserção de drogas mais efetivas no controle dos efeitos colaterais da quimioterapia podem explicar a menor percepção de estresse entre os pacientes em tratamento.

Essa investigação apresentou um cenário que permite refletir sobre as diferentes fases do processo saúde-doença, um processo dinâmico presente na vida de cada indivíduo nas suas diferentes situações, sendo o autoconhecimento, a avaliação e a reavaliação dos estressores essencial para o enfrentamento da

doença com segurança e efetividade.

No entanto, destaca-se que, nessa pesquisa, realizou-se a comparação de grupos compostos por diferentes pacientes, com recorte transversal e em momentos distintos do tempo, sendo essas as limitações dessa investigação. Tais análises não possibilitam estabelecer relações de causalidade entre a intensidade de estresse e o diagnóstico ou tratamento, mas conhecer em que grupo a intensidade deste fenômeno foi maior.

Por isso, sugere-se a realização de estudo futuros em que sejam analisados e acompanhados os mesmos pacientes desde a suspeita da doença, perpassando o diagnóstico e o tratamento, até a sua sobrevida com câncer colorretal ao longo tempo.

Colaborações

Costa ALS e Antonietti CC contribuíram para construção do projeto, condução do estudo. Benavente SBT, Silva GSA, Silva GAV e Silva RM contribuíram para a concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Fang CB. Rastreamento para câncer colorretal. *Rev Assoc Med Bras.* 2002; 48(4):286.
2. Than M, Witherspoon J, Shami J, Patil P, Saklanic A. Diagnostic miss rate for colorectal cancer: an audit. *Ann Gastroenterol.* 2015; 28(1):94-8.
3. World Health Organization (WHO). The World Health organization's fight against cancer: strategies that prevent, cure and care. United States of America: World Health Organization; 2014.
4. Miles A, Atkin WS, Kralj-Hans I, Wardle J. The psychological impact of being offered surveillance colonoscopy following attendance at colorectal screening using flexible sigmoidoscopy. *J Med Screen.* 2009; 16(3):124-30.

5. Dázio EMR, Sonobe HM, Zago MMF. The meaning of being a man with intestinal stoma due to colorectal cancer: an anthropological approach to masculinities *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; 17(5):664-9.
6. Lazarus RS, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
7. Pereira MG, Figueiredo AP, Fincham FD. Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: a study with Portuguese patients and their partners. *Eur J Oncol Nurs*. 2012; 16(3):227-32.
8. Fundação Faculdade de Medicina (FMM). ICESP, uma referência no tratamento de câncer. *J FMM*. [periódico na Internet] 2012 [citado 2015 Jan 13]; 64:1-12. Disponível em: <http://extranet.fmm.br/wfcontent/subportals/Imprensa/Jornal/Jornal64.pdf>
9. Reis RS, Hino AA, Añez CR. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. *J Health Psychol*. 2010;15(1):107-14.
10. Bailar J, Mosteller F. *Medical users of statistics*. Boston: Nejm Books; 1992.
11. Bessissow T, Van Keerberghen CA, Van Oudenhove L, Ferrante M, Vermeire S, Rutgeerts P, et al. Anxiety is associated with impaired tolerance of colonoscopy preparation in inflammatory bowel disease and controls. *J Crohns Colitis*. 2013; 7(11):580-7.
12. Krishnan S, Wolf JL. Colorectal cancer screening and prevention in women. *Womens Health (Lond Engl)*. 2011; 7(2):213-26.
13. Haugvik SP, Hedenström P, Korsæth E, Valente R, Hayes A, Siuka D, et al. Diabetes, smoking, alcohol and family history of cancer as risk factors for pancreatic neuroendocrine tumors: a systematic review and meta-analysis. *Neuroendocrinology*. [Internet] 2015 [cited 2015 Apr 13]; 101(2): Available from <http://www.karger.com/Article/Abstract/375164>
14. Silva RM, Soares RSA, Lana LD, Birrer JA, Mostardeiro SCTS. Percepção de pacientes com neoplasias esofágicas e estomacais sobre orientações pré-operatórias recebidas do enfermeiro. *Rev Enferm UFSM*. 2011; 1(3):431-9.
15. Mansourabadi A, Moogooei M, Nozari S. Evaluation of Distress and Stress in Cancer Patients in AMIR Oncology Hospital in Shiraz. *Iran J Ped Hematol Oncol*. 2014; 4(4):131-40.
16. Galic S, Glavic Z, Cesarik M. Stress and quality of life in patients with gastrointestinal cancer. *Acta Clin Croat*. 2014; 53(3):279-90.
17. Al Ahwal MS, Al Zaben F, Khalifa DA, Sehlo MG, Ahmad RG, Koenig HG. Depression in patients with colorectal cancer in Saudi Arabia. *Psycho-oncology*. [Internet] 2014 [cited 2015 Jan 13]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3706/epdf>
18. Silva MB da, Miranda FAN de, Pessoa Júnior JM. Feelings and expectations of women diagnosed with breast cancer: a reflection. *J Nurs UFPE on line*. [Internet] 2013 [cited 2015 Jan 13]; 7(spe):4965-71. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3383/pdf_3063
19. Benavente SBT, Monteiro EMS, Costa ALS. Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*. 2015; 15(1):9-20.
20. Landsbergen KM, Prins JB, Brunner HG, Van Duijvendijk P, Nagengast FM, Van Krieken JH, et al. Psychological distress in newly diagnosed colorectal cancer patients following microsatellite instability testing for Lynch syndrome on the pathologist's initiative. *Fam Cancer*. 2012; 11(2):259-67.
21. Caetano EA, Gradim CVC, Santos LES. Câncer de mama: Reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(2):257-61.
22. Nicolussi AC, Sawada NO, Cardozo FMC, Andrade V, Paula JM. Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy. *Rev Rene*. 2014; 15(1):132-40.
23. Castro MC, Araújo AS, Mendes TR, Vilarinho GS, Mendonça MA. Effectiveness of antiemetics in control of antineoplastic chemotherapy-induced emesis at home. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(5):412-8.